



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Académico Profesional de Enfermería**

**Conocimientos sobre alimentación complementaria y  
su relación con el estado nutricional del niño menor de  
2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015**

**TESIS**

**Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTOR**

**Karen Vanessa CASTRO SULLCA**

**ASESOR**

**Martha Nicolasa VERA MENDOZA**

**Lima, Perú**

**2016**



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Castro K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Enfermería; 2016.

---



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



9(e)  
106

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)  
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, al primer día del mes de marzo del año dos mil dieciséis y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada **"Conocimientos Sobre Alimentación Complementaria y su Relación con el Estado Nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015"**, sustentada por el Bachiller en Enfermería:

**KAREN VANESSA CASTRO  
SULLCA**

para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

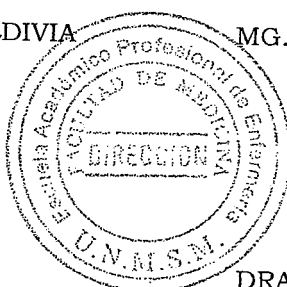
**16 (DIECISEIS)**

Lo que se da fe:

DRA. ANGELA R. CORNEJO VALDIVIA  
**Presidenta**

MG. YISELLA B. ACUACHE QUISPE  
**Miembro**

MG. TERESA VIVAS DURAND  
**Miembro**



DRA. MARTHA N. VERA MENDOZA  
**Asesor (a)**

MCA

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619  
Web: [www.unmsm.edu.pe/medicina](http://www.unmsm.edu.pe/medicina) - E-mail de la Escuela de Enfermería: [eape.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:eape.medicina@unmsm.edu.pe)

**“CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA Y SU  
RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2  
AÑOS. PROGRAMA CRED DE UN C.S SJ.M 2015”**

A dios porque sin él nada  
hubiera sido posible y por que  
es la luz que guía siempre mi  
camino.

A mi madre por preocuparse  
siempre por mí, por su inmensa  
paciencia y cariño y por el apoyo  
que siempre me ha mostrado.  
te quiero mucho.

A mi padre por apoyarme siempre  
en mis decisiones, por sacrificarse  
por mí día a día y por motivarme  
a ser mejor, quiero que sepas que  
jamás te defraudaré, eres mi héroe.

A la Dra. Martha Vera por su  
inmensa paciencia en estos dos  
últimos años en asesorar mi tesis,  
por su tiempo y por su apoyo  
y dedicación incondicional.

A mis amigos incondicionales  
que siempre confiaron en mi y  
estuvieron apoyándome siempre,  
gracias por su amistad y cariño.

A ti que eres una persona especial,  
gracias por darme la mano cuando  
lo necesité, gracias por apoyarme  
y creer en mi cuando se ponía difícil.

## ÍNDICE

Pág.

### **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

A. Planteamiento del problema, formulación y delimitación	1
B. Objetivos	2
C. Justificación de la investigación	3
D. Propósito	4
E. Limitaciones del estudio	5

### **CAPITULO II: BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS DEL ESTUDIO**

A. Marco teórico	6
A.1 Antecedentes	7
B. Base teórica conceptual	19
B.1 Definición de alimentación complementaria	19
B.2 Importancia de la alimentación complementaria	20
B.3 Factores que influyen en el inicio de la alimentación	21
B.4 Características de la alimentación complementaria	23
B.5 Nutrición del niño menor de 2 años	28
B.6 Estado nutricional del niño	36
B.7 Desnutrición infantil	42
B.8 La adecuada higiene en la preparación de alimentos	43
B.9 El entorno del niño durante la alimentación	44
B.10 Aspectos teóricos conceptuales sobre el conocimiento	46
B.11 Rol de la enfermera en la nutrición del niño	48
B.12 Consejería en enfermería del paquete CRED	49



C. Definición Operacional de Términos	50
D. Formulación de hipótesis	51
E. Clasificación de las variables	51
F. Operacionalización de las variables	51
G. Tipo de investigación	52
H. Sede de estudio	52
I. Población	53
J. Muestra	53
K. Técnica e instrumento de recolección de datos	54
L. Proceso de recolección y análisis estadístico de datos	54
M. Validez y confiabilidad	55
N. Consideraciones éticas	56

### **CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

A. Datos generales	57
B. Datos específicos	58
B.1 Nivel de conocimientos	58
B.2 Estado nutricional	59
B.3 Relación entre el N. de conocimientos y el E. Nutricional	60
C. Discusión	61

### **CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

A. Conclusiones	69
B. Recomendaciones	70

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### **BIBLIOGRAFÍA**

### **ANEXOS**

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO</b>	<b>Página</b>
<b>N° 1</b>	<b>58</b>
<b>Nivel de conocimientos de las madres de niños menores de 2 años que acuden al Programa CRED de un C.S en SJMLima-2015.</b>	
<b>N°2</b>	<b>60</b>
<b>Estado nutricional del niño menor de 2 años de edad que acuden al programa CRED de un C.S en SJM Lima-2015</b>	
<b>N° 3</b>	<b>61</b>
<b>Relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años del programa CRED de un C.S en SJM Lima-2015</b>	

## **PRESENTACION**

En la alimentación del niño que acaba de cumplir los 6 meses de edad se inicia una etapa llamada alimentación complementaria, la cual consiste en la introducción de nuevos alimentos en la dieta del niño diferentes de la leche materna y adicional a ella. La alimentación complementaria radica en la adecuada ingesta de alimentos que el niño consuma para cubrir sus necesidades y poder desarrollarse saludablemente; es por ello que el inicio de esta etapa es sumamente de importancia ya que es un factor que lo protegerá de diferentes enfermedades de índole gastrointestinal, nutricional u otras complicaciones que podrían ocasionar riesgos a futuro que luego se van a reflejar en tasas altas de morbilidad infantil. Es de este modo que las madres durante la alimentación complementaria emplean sus conocimientos para alimentar a sus niños, la mayoría influenciadas por diversos factores sociales y o culturales y que tienen consecuencia en las prácticas alimenticias. Es por ello que el estado nutricional de los niños puede estar influenciado de manera decisiva por los conocimientos que tienen las madres a la hora de alimentarlos ya que son ellas las que van a dar inicio y seleccionar los alimentos que deberá consumir el niño como cantidades y frecuencia. Es por eso que el presente estudio busca determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; asimismo el presente estudio cuenta con cuatro capítulos; el primero donde se plantea el problema, seguido del capítulo dos en el que se describen las bases teóricas y metodológicas; el tercero, donde se exponen los resultados y finalmente el capítulo cuatro en que se generan las conclusiones y limitaciones del estudio.

## **ABSTRACT**

This research study entitled "Knowledge of supplementary feeding and its relation to the nutritional status of children under 2 years. CRED program of SJM 2015 CS, overall objective "Determining the relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and nutritional status of children under 2 years attending the office of CRED CS Villa San Luis ; and specific objectives to determine the level of knowledge of mothers about complementary feeding, besides determining the nutritional status in children under 2 years of age are. The research study aimed to provide updated and accurate information about the level of knowledge possessed mothers and nutritional status of their children's information, so that in this way can increase knowledge about complementary feeding and the adoption of behaviors adequate food and healthy for the child. The study is quantitative, application level, descriptive correlational and cross-sectional method. The population consisted of 50 mothers. The technique used was the interview-survey. The instrument was the questionnaire and assessment form infant nutritional status. Among its conclusions it is that there is a significant relationship between the level of knowledge of mothers on complementary feeding and nutritional status of children under 2 years of age, in relation to the level of knowledge held by mothers on complementary feeding you have most of which is low. Finally, in reference to child nutritional status have the most children is between malnutrition and overweight, followed by a significant group of children with normal nutritional status.

## **RESUMEN**

El presente estudio de investigación titulado “Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJM 2015, tiene como objetivo general “Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis; y como objetivos específicos el determinar el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria, además de determinar el estado nutricional en el que se encuentran los niños menores de 2 años de edad. El estudio de investigación tuvo como finalidad brindar información actualizada y veraz sobre el nivel de conocimientos que poseen las madres y el estado nutricional de sus niños, para que de esta manera se puedan ampliar los conocimientos sobre alimentación complementaria y la adopción de conductas de alimentación adecuada y saludable para el niño. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo correlacional y de corte transversal. La población estuvo conformada por 50 madres. La técnica que se utilizó fue la entrevista-encuesta. El instrumento fue el cuestionario y la ficha de evaluación del estado nutricional del lactante. Entre sus conclusiones se tiene que existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad, en relación al nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que en su mayoría es bajo. Finalmente y en mención al estado nutricional del niño tenemos que la mayoría de los niños se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

## **CAPITULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, DELIMITACION Y FORMULACION**

La alimentación complementaria constituye el segundo paso más importante en la nutrición del niño después de la lactancia materna exclusiva. Cuando la lactancia materna no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales de las niñas y niños, es necesario añadir otros alimentos a la dieta del niño, es decir, brindarle una alimentación complementaria, adecuada desde el punto de vista nutricional con todos los nutrientes que el niño necesita para desarrollarse adecuadamente; este periodo de inclusión de alimentos diferentes de la leche materna va de los seis a los 24 meses de edad, intervalo en el que la niña y el niño es muy vulnerable ya que está expuesto a diferentes enfermedades.

Por tal razón, la importancia que adquieren los alimentos como tal, la consistencia y el proceso de introducción en la alimentación, es una característica definitiva en el análisis del estado nutricional de las niñas y niños.<sup>1</sup>

El estado nutricional de un niño se ve influenciado por múltiples factores, dentro de ellos tenemos principalmente a la alimentación, la salud, y el cuidado que se le brinda al niño. Por otro lado tenemos que el estado nutricional de las niñas y niños está vinculado al desarrollo cognitivo, ya que un estado nutricional deficiente tiene efectos adversos sobre el proceso de aprendizaje y el rendimiento escolar.<sup>2</sup> Asimismo, el estado nutricional está asociado a la capacidad de respuesta frente a las enfermedades, ya que un inadecuado estado

nutricional incrementa tanto la morbilidad como la mortalidad en la temprana infancia tal como nos indican las cifras de UNICEF, en su reporte último.<sup>3</sup> Los efectos de un mal estado nutricional en los primeros años se prolongan a lo largo de la vida, ya que incrementa el riesgo de padecer enfermedades crónicas como el sobrepeso, la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, entre otras y está asociado a menores logros educativos y menores ingresos económicos en la adultez, tal como vemos en un estudio en el 2007 donde se estimó una pérdida media del 22% en los ingresos anuales durante la etapa adulta. <sup>3</sup>

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, la tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. La desnutrición pone a los niños en una situación de riesgo de muerte y de enfermedad grave debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo y sarampión. Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada. Asimismo la desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo.

Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. Los estudios también concluyeron que la desnutrición vaticinaba un fracaso escolar.<sup>4</sup> Una menor asistencia escolar y un empeoramiento en los resultados educativos se traducen en que estos niños ganarán menos cuando sean adultos.

Según la Encuesta Demográfica de Salud y familia (ENDES 2014), a nivel nacional, la desnutrición crónica afectó al 18,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad.<sup>5</sup> En el grupo de niñas y niños menores de seis meses de edad fue 13,3 % y, en los infantes de seis a ocho meses de edad este porcentaje fue de 14.6%, 3 % más comparado con el 11,6 % del ENDES 2013, observándose un incremento con la edad, periodo que abarca el inicio de la alimentación complementaria y que constituye el primer paso sumamente importante en la inclusión de alimentos en el niño y que va a definir su alimentación en adelante. Así mismo tenemos que las cifras de desnutrición crónica alcanzan el más alto porcentaje en el grupo de niñas y niños de 18 a 23 meses de edad (25,3%).<sup>6</sup>; periodo en el que el niño debe consumir todos los alimentos de la olla familiar, la cual debe incluir alimentos balanceados para su edad. De estos porcentajes de desnutrición se tiene que la desnutrición crónica afectó con mayor intensidad a niñas y niños de madres sin educación (45,0%); en relación con aquellas con mayor nivel educativo: 4,7% con nivel superior y 13,0% con secundaria.

En general ha habido una tendencia en la reducción en la desnutrición crónica desde los años 80. Bolivia, Perú, Colombia, Ecuador y Guatemala, han reducido la desnutrición, pero después esta tendencia ha sufrido un estancamiento en algunos de ellos. Países como El Salvador y Nicaragua han logrado disminuir la prevalencia de baja talla aún más en algunas regiones pobres, demostrando que es posible lograrlo en el resto de los países de la región.<sup>7</sup>

Es muy importante resaltar la anemia infantil principalmente en el niño menor de 2 años ya que gran parte de sus causas parten de



una inadecuada alimentación complementaria. En los países de América Latina y El Caribe alcanza prevalencias cercanas al 80% en los 2 primeros años de vida.

Las consecuencias de la deficiencia de hierro se manifiestan a lo largo de la vida.<sup>8</sup> En el último informe de ENDES en relación a la anemia infantil en el Perú se tiene que el 35,6% de niñas y niños menores de cinco años de edad padeció de anemia, proporción mayor a la observada en el año 2013 (34,0%). La anemia afectó al 57,6% de niñas y niños de seis a ocho meses de edad y al 57,3% de 9 a 11 meses de edad, siendo aún elevada en niñas y niños de 12 a 17 meses de edad (60,4%) y de 18 a 23 meses de edad (46,5%); mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores. La anemia afectó y aumentó en niños principalmente que se encuentran en el periodo de inicio de alimentación complementaria donde la ingesta de alimentos ricos en hierro son la parte fundamental ya que el niño se encuentra en una etapa de crecimiento acelerado y están más propensos a padecer de anemia y consigo una serie de consecuencias ligadas al aspecto cognitivo, de crecimiento y desarrollo.

En relación a la frecuencia de comidas y consistencia de estas se encontró que el 88,1 % de niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos hechos de grano, trigo o cereal (68,1 %), seguido de los hechos a base de carne/aves/pescado/huevo (65,4%), de tubérculos/raíces (64,7%) frutas/vegetales ricos en vitamina A (60,3%), alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla (54,3 %), y de otras frutas y vegetales (52,8%).<sup>9</sup>

Por estas razones, actualmente el estado nutricional de las niñas y niños es empleado en el ámbito internacional como parte de los indicadores con los cuales se verifica el desarrollo de los países. Por ello, la mejora del estado nutricional infantil forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio junto con otros indicadores de desarrollo social y económico. En el Perú, la reducción de la desnutrición crónica, es meta de política social para las cuales se vienen implementando políticas específicas de carácter multisectorial.

Por otro lado, de la experiencia recogida en las rotaciones hospitalarias y comunitarias se pudo destacar que hay madres que tienen costumbres que muchas veces no son adecuadas en la nutrición del niño y que perjudican su salud, asimismo no tienen conocimientos e información clara acerca de una alimentación balanceada ni su importancia en el crecimiento y desarrollo del niño.

De lo expuesto anteriormente se ha creído conveniente investigar sobre el siguiente problema.

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos de las madres acerca de alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que acuden a consulta CRED del C.S Villa San Luis?

## **B. OBJETIVOS**

### **B.1 Objetivo general:**

- ❖ Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2

años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis.

### **B.2 Objetivos específicos:**

- ❖ Identificar el nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en las madres de niños menores de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis.
- ❖ Identificar el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis.

## **C. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

Una adecuada alimentación durante la infancia y la niñez temprana es vital para que los niños desarrollen su potencial humano y es fundamental para la promoción del crecimiento, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los dos años de edad.

Después de los seis meses, la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los bebés y niños pequeños, por lo que es necesaria la ingesta de alimentos complementarios. Por ello es muy importante que la madre tenga conocimientos veraces acerca de la alimentación complementaria pues es ella quien va a introducir la alimentación en su niño. Asimismo es necesario establecer el grado de conocimiento

de madres sobre alimentación complementaria para poder ayudar a dar solución a los problemas que están presentes durante este proceso de inicio de la alimentación.

Es por tanto que los resultados a corto y largo plazo de una mejora en la nutrición de los niños parte de un esfuerzo conjunto de los profesionales de salud así como la influencia familiar. Por ello el profesional de Enfermería a lo largo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, es responsable de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellos un compromiso de mejorar la calidad de alimentación de sus niños así como disminuir los índices de alteraciones en el estado nutricional como desnutrición y obesidad que a largo plazo determinarán una menor posibilidad de desarrollar a un nivel adecuado sus potencialidades.

Teniendo en cuenta que el personal de enfermería es el responsable del área de Crecimiento y Desarrollo del niño, en el cual se brinda la educación sanitaria a los padres para el inicio de la alimentación complementaria y el seguimiento oportuno, es importante que la enfermera cuente con evidencias objetivas acerca del nivel de conocimientos de los padres con respecto a la alimentación complementaria, para poder brindar un cuidado culturalmente pertinente y adaptado a sus propias necesidades identificadas.

#### **D. PROPOSITO**

Los resultados del presente estudio servirán como información actualizada, relevante y veraz al equipo de salud, principalmente a la enfermera que labora en el área de CRED para que repotencie y motive el proceso de aprendizaje de la madre mediante actividades

interactivas apuntadas a incrementar los conocimientos sobre la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual contribuirá al crecimiento y desarrollo saludable del niño.

#### **E. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones que surgieron de la presente investigación fueron las siguientes:

- ❖ La muestra que se planteó al inicio de la investigación no pudo ser cumplida debido a las remodelaciones en cuanto a infraestructura y el recorte de atenciones por día que se dieron en el centro de salud.

## CAPITULO II

### BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS DEL ESTUDIO

#### A. MARCO TEORICO

##### A.1 ANTECEDENTES

A continuación presentamos estudios relacionados con la investigación a realizar:

- **Antecedentes Nacionales:**

Jiménez Huamaní, César Orlando; Lima- Perú en el 2008, realizó una investigación titulada “Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses que acuden al centro de salud fortaleza Lima-Perú 2008”, cuyo objetivo fue determinar el inicio de la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional en lactantes de 6 a 12 meses en el centro de salud Fortaleza. El método que se utilizó fue correlacional de corte transversal, para la recolección de datos se utilizó como técnica la entrevista encuesta, y el instrumento fue un cuestionario 19 semiestructurado aplicados a las madres y una lista de chequeo aplicado a los lactantes. Dentro de las conclusiones tenemos:

*“La mayoría de lactantes del centro de salud Fortaleza inició la alimentación complementaria a partir de los 6 meses de edad; un menor porcentaje inicio la alimentación complementaria antes de los 6 meses o después de los 7 meses de edad. Los lactantes que iniciaron la alimentación complementaria tardía (después de los 7 meses), tienen mayor índice de Desnutrición de I grado, que los lactantes*

*que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses) y normal (6 meses). Los lactantes que iniciaron una alimentación complementaria normal (6 meses), en una evaluación posterior al inicio de la alimentación, tienen un mayor índice de desnutrición de 1º, que los lactantes que iniciaron una alimentación precoz (antes de los 6 meses).* <sup>10</sup>

Barba Torres, Horacio en Lima – Perú, el 2008, realizó un estudio sobre “Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza 2008”; cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de seis meses a un año con déficit en la curva ponderal. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo. La población estuvo conformada por 220 niños, la muestra fue seleccionada mediante el muestreo aleatorio simple, siendo un total de 67 niños. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario. Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

*“Las características de la alimentación son adecuadas para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación y las prácticas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño.*

*Los que se encuentran en condición inadecuada son la frecuencia, consistencia y la interacción de la madre o cuidadora en el momento de la alimentación con el niño”.*<sup>11</sup>

Castro Laura, Sandra, en Lima – Perú, el 2003, realizó un estudio titulado “Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM”. El objetivo fue determinar los conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM. El método fue descriptivo-transversal. La población fue de 874 madres de niños de 6 meses a 2 años que asisten al consultorio de CRED del módulo madre-niño del HNGDM. La muestra fue obtenida mediante el muestreo aleatorio simple conformada por 141 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo cuestionario. Entre sus conclusiones tenemos:

*“El mayor porcentaje de madres tiene conocimientos sobre el inicio de la ablactancia. La mayoría de las madres realizan prácticas adecuadas sobre el inicio de la ablactancia.”<sup>12</sup>*

Cárdenas Castillo, Catherine Jannina, Lima, en 2005, realizó un estudio titulado: “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. 2004” Tuvo como objetivo determinar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses, el método que se utilizó fue el descriptivo transversal contando con 58 madres como muestra, para la recolección de datos se utilizó la Escala de Lickert y una ficha de Evaluación del Estado Nutricional del Lactante. Las conclusiones fueron:



*“El 91% de las madres presentan una actitud de dirección positiva hacia la alimentación complementaria de sus hijos.*

*“El 81% de las madres tienen una actitud de intensidad de indiferencia a rechazo hacia la alimentación complementaria de sus hijos”,*

*“El 70% de las madres tiene una actitud de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria”.*

*“La consistencia de los alimentos, tipos de alimentos, finalización de lactancia materna exclusiva, frecuencia de alimentación y tiempo especial para alimentar a sus hijos, el 100 por ciento de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos que les ofrecen a sus hijos y los utensilios que usan”.*

*“El 57% de los lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y el 43% de los lactantes evaluados tienen alteraciones nutricionales tales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otros” <sup>13</sup>*

Huamán Hidalgo, Diana en el 2013 realizó un estudio titulado “Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco, 2012. Tuvo como objetivo principal explorar las representaciones sociales sobre alimentación complementaria en madres de niños menores de 2 años. El diseño fue cualitativo, teoría fundamentada. La muestra estuvo conformada por 20 madres de familia con niños menores de 2 años que reciben alimentación complementaria, divididas según condición primípara y 10 de condición múltipara. Se

utilizaron una guía semi – estructurada de preguntas y 11 situaciones u “historias” relacionados a la alimentación complementaria. Se realizó la triangulación de la información por técnica y por investigador para lograr la confiabilidad del estudio. Los resultados fueron:

*“Algunos factores psicosociales y socioculturales influenciaron en las decisiones que las madres tomaron para continuar o interrumpir la LM, iniciar la AC, otorgar AOA y otorgar algunas bebidas (remedios).*

*Las experiencias positivas (aceptación del niño) o negativas (efectos adversos) asociadas a procesos cognitivos (percepción) y afectivos (emociones) influyeron en las decisiones y actitudes de la madre frente a un alimento creando posiciones favorables frente a ellos, o prejuicios que retrasaron o no permitieron la introducción de determinados alimentos como las carnes, pescados, menestras, cítricos, tocosh y maca.*

*Ciertos alimentos (menestras) fueron categorizados por algunas madres como “pesados” pues sus características los relacionaron con los posibles efectos adversos en el niño; otros, como “fríos” por relacionarse con las condiciones atmosféricas y a unos otros (huevo y derivados lácteos) se les consideró “prohibidos” por influir negativamente en problemas infecciosos digestivos.*

*Las representaciones sociales sobre la alimentación complementaria aún no han sido instauradas completamente por las madres, lo que conlleva a que se dé una mala interpretación de los conceptos entorno a la alimentación infantil, dificultando así la buena comprensión y*

*comunicación de un mensaje adecuado, conllevando a una inadecuada práctica de alimentación, el cual puede verse reflejada en el estado nutricional del niño.*<sup>14</sup>

- **Antecedentes Internacionales:**

Zurita Alvarado, María Antonieta; Bolivia, 2005, realizó un estudio titulado: “Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años (Trabajo realizado en la 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba)”, tuvo como objetivo identificar las prácticas de la lactancia materna , alimentación complementaria y los factores asociados en niños menores de 2 años .El método aplicado fue descriptivo de corte transversal, en una población de madres de menores de 2 años que viven en la 1ra. Sección del municipio de Quillacollo, se aplicó la técnica de la encuesta mediante visitas a las familias. Las conclusiones fueron:

*“Solo un 39% de los niños recibieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad que es lo ideal, teniendo así niños que iniciaron la alimentación complementaria tempranamente o después de los 6 meses. Por consiguiente el temprano inicio de la alimentación complementaria contribuiría en un 41% en la aparición de EDAS y 43% en IRAS y probablemente también influye en el estado nutricional del niño menor de 2 años ya que un 16% de los que recibieron lactancia materna están desnutridos”*.<sup>15</sup>

Jácome Viera, Ximena Alexandra, Quito 2013 realizó un estudio titulado: “Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que

asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013”. Tuvo como objetivo establecer la relación entre las prácticas sobre AC y es estado nutricional de los niños de 6 a 24 meses de edad. El estudio fue observacional analítico de tipo transversal en el que participaron 204 niños y niñas de 6 a 24 meses que asisten al centro de Salud N°10 Rumiñahui de la zona norte de la ciudad de Quito en el mes de Abril de 2013. Se utilizó la encuesta alimentaria y la evaluación antropométrica como métodos de recolección de datos. Los resultados fueron:

*“Las prácticas de alimentación complementaria (hábitos alimentarios e ingesta calórica) tiene una influencia en el estado nutricional de una manera positiva cuando se cumplen las recomendaciones sobre la alimentación del infante (porciones, cantidad, frecuencia, calorías), y de una manera negativa cuando no se aplica, pero, su efecto se observa de manera conjunta, es decir, que una conducta individual no puede determinar la existencia o no de algún tipo de malnutrición”* <sup>16</sup>

Escobar Álvarez, María Belén, Latacunga - Ecuador año 2013, realizó un estudio titulado: “Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013”, el objetivo principal fue determinar la relación entre los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años. El enfoque de la investigación fue de tipo cuali-cuantitativo- observacional, analítico

y transversal. El universo y muestra que sirvió como objeto de la investigación fueron 196 madres, niños y niñas que acudieron a Consulta externa de Pediatría del Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio- Septiembre del 2013. Para la recolección de datos se aplicó dos instrumentos, un cuestionario sobre conocimientos, actitudes y prácticas y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Las conclusiones fueron las siguientes:

*“Hay una asociación entre el nivel de prácticas de las madres con el nivel de conocimientos que poseen sobre este tema, sin ser este el único determinante, ya que las creencias ancestrales y culturales que existen al respecto juegan un papel importante. La repercusión en el estado nutricional es evidente, siendo el estado nutricional normal y de desnutrición así como niños con sobrepeso evidenciados en niños y niñas de madres con nivel de conocimientos medio y bajo. Las prácticas poco favorables se evidencian en todos los estados nutricionales”* <sup>17</sup>

García de León, Cecilia; Sololá-Guatemala, año 2012 realizó un estudio titulado: “Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá” .El objetivo del estudio fue determinar las prácticas de alimentación complementaria en niños menores de un año de edad, habitantes de la comunidad El Tablón del municipio de Sololá. El estudio fue de tipo descriptivo, desarrollado mediante la aplicación de 3 boletas a 45 madres de niños menores de un año que ya habían iniciado la alimentación complementaria. Las conclusiones fueron:

*“Se determinó que el 100% de las madres le brindaba lactancia materna a su hijo desde el nacimiento hasta el día del estudio. El 64% indicó que antes de iniciar la alimentación complementaria le había brindado atoles y agüitas de hierbas. El 38% inició la alimentación complementaria a los 6 meses y el 40% después de los 6 meses. La alimentación de la población en general está basada en el consumo de cereales, seguidos de: Frijol, hierbas y una bebida a base de harina de maíz y harina de soya.”<sup>18</sup>*

Farfán Ponce, Raisa Lissette; Manabí- Ecuador, año 2012 realizó un estudio titulado “ Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante”. El objetivo fue conocer las prácticas de destete y ablactación de las madres de esta comunidad y su relación con el estado nutricional del infante. La metodología utilizada fue una combinación del método descriptivo-longitudinal, con la observación directa donde se emplearon técnicas como encuesta, un universo conformado por madres lactantes en el periodo de la investigación de 42 madres y 42 lactantes. Las conclusiones fueron:

*“Las madres no realizan actividad económica productivas, las madres tienen muy poco conocimiento sobre la lactancia. A pesar de que respondieron que se debe de destetar a los niños paulatinamente, pero en la práctica no lo hicieron, de igual forma procedieron con la edad de destete. En la ablactación no poseen un buen conocimiento pues tanto con: la edad, el alimento y el tipo de preparación están*

*errados, las prácticas observadas es brusca, mayoritariamente después del primer año de edad con buenas razones para hacerlo. Los procedimientos para realizarlos fueron diversas e incluyen: dejarle llorar, hacer dar asco, ponerse sábila, ají, mentol o limón en el pezón para que el niño rechace el pecho. La ablactación la iniciaron en diversos periodos de edad, solo el 50% lo hicieron en las edades adecuadas, pero con alimentos equivocados y no recomendados con preparaciones poco recomendadas. En términos generales encontramos el 43% de desnutrición global, y 2% de desnutrición aguda, con un porcentaje más acentuado en las niñas que niños, además se estableció que las niñas inician su descenso de talla desde el primer al quinto mes de vida y los varones desde el octavo mes. Se concluye que hay una relación directamente positiva entre las prácticas de destete y ablactación con la desnutrición y por lo que se comprueba la hipótesis planteada.”<sup>19</sup>*

Los antecedentes antes presentados, en algunos casos se centran básicamente en las actitudes de las madres y las practicas sobre alimentación complementaria separado del estado nutricional, en algunos toman en cuenta los factores relacionados al estado nutricional y dentro de ellos los conocimientos de las madres, sin embargo en el presente estudio pretendo establecer una relación muy importante acerca de la relación directa que hay en los conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño, por lo tanto los antecedentes antes mencionados me han servido de mucho acerca de cómo abarcar mejor la investigación. Los antecedentes antes mencionados son un gran aporte en mi investigación ya que me sirven como guía para ampliar

más mi visión como investigadora y para centrarme en el problema fundamental. En la diversidad de antecedentes se muestra la visión de los diferentes investigadores, su propia manera de abarcar su estudio y es de mucha ayuda principalmente cuando abarco un problema tan importante como es el estado nutricional de los niños tomando como referencia un centro de salud de Lima.

## **B. BASE TEORICA CONCEPTUAL**

### **B.1 Definición de la alimentación complementaria**

El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Es aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. Se entiende por alimentación complementaria como la oferta de alimentos o líquidos a los lactantes para complementar la leche materna. La edad a la que se inicia esta alimentación es una etapa especialmente sensible en el desarrollo del lactante ya que, como señala la guía para la alimentación del lactante y niño pequeño de la OMS/UNICEF, los primeros 2 ó 3 años de la vida son los más cruciales para un desarrollo físico y mental normales, y los problemas derivados de una nutrición inadecuada en esta etapa de la vida afectan no sólo al desarrollo físico, sino también al sistema inmunitario y al desarrollo intelectual y emocional.



## **B.2 Importancia de la alimentación complementaria**

La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios.

El carácter de complementario de los alimentos, los hace necesarios para que desde los seis meses de vida y junto a la lactancia materna, mejoren el aporte energético, proteico, cantidad, calidad y biodisponibilidad de nutrientes esenciales para el crecimiento. Por otra parte, las madres, los padres y otros dispensadores de atención necesitan tener acceso a información objetiva, coherente y completa acerca de las prácticas apropiadas de alimentación.

En particular, deben estar informados acerca del período recomendado de lactancia natural exclusiva y continua; el momento de introducción de los alimentos complementarios; qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia y cómo darlos de forma inocua 2. Sabemos que la leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses ya que contiene sustancias inmunes y bioactivas que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante, sin embargo cabe resaltar la transición de la leche materna a la inclusión de alimentos diferentes a una edad adecuada ya que es muy importante saber las implicancias de adelantar o atrasar el inicio de la alimentación complementaria tal y como lo dice una revisión de la Academia Española de Pediatría que

señala que hay una ausencia de beneficio, para la mayoría de los lactantes amamantados cuando introducimos otros alimentos en la dieta antes de los 6 meses y el aumento de riesgo de infecciones gastrointestinales<sup>7</sup>.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable.

A los seis meses de edad, el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuro-madurativo para la incorporación de nuevos alimentos.

A partir de esa edad es importante continuar la alimentación con papillas, preparadas con leche y cereal, purés a base de hortalizas (zanahoria, zapallo y papa), puré de frutas (manzana, banana y pera) y lácteos (postres a base de almidón de maíz) a los que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético.

### **B.3 Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria**

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria.

Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalan que los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad.

De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).
- b) Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses.

**c) Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

**d) Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones adversas.

Asimismo otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca el niño.

#### **B.4 Características de la alimentación complementaria**

##### **a) Inicio de la alimentación complementaria**

El periodo comprendido entre los 6 y 9 meses es el periodo más crítico de la alimentación complementaria por el cambio de sabores, consistencias y texturas nuevas que debe experimentar el niño. El éxito de este periodo es determinante

para el éxito de las etapas posteriores. Si no se maneja adecuadamente se convierte en el principal desencadenante de la desnutrición crónica, como lo muestran las estadísticas del Perú y de otros países subdesarrollados.

Este hecho es principalmente importante cuando la lactancia materna se suspende antes de los 6 meses. Para que la alimentación complementaria resulte exitosa debe cumplir con cuatro requisitos sumamente importantes: frecuencia, consistencia, cantidad y contenido nutricional.

#### **b) Frecuencia**

Como la capacidad del estómago en esta etapa es limitada, el niño no puede tener el mismo número de comidas que el adulto, El número apropiado de comidas que se ofrecen a la niña o niño durante el día, depende de la densidad energética de los alimentos que se usen localmente y de las cantidades consumidas en cada comida.

La frecuencia diaria de comidas ha sido estimada en función a la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos complementarios, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una densidad energética mínima de 0,8 kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada es baja, o si a la niña o niño se le suspende la lactancia materna, requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales. por lo cual es necesario fraccionarlas durante el día con la siguiente guía:

- **De 6 a 9 meses:** Leche materna más 2-3 comidas al día; 2 comidas principales.
- **De 9 a 12 meses:** Leche materna más 3-4 comidas al día; tres comidas principales y 1 refrigerio, que puede darse en la media mañana o en la tarde.
- **De 12 a 24 meses:** Leche materna más 4-5 comidas al día; tres comidas principales y dos refrigerios, 1 refrigerio entre cada comida principal.

#### **c) Consistencia**

La consistencia de los alimentos o preparaciones debe incrementarse gradualmente en la medida que el niño va aprendiendo a comer. Entre los 6 y 9 meses la consistencia de los alimentos debe ser semi-sólidos en forma de purés espesos.

Luego a partir de esta edad se empieza con los alimentos sólidos- blandos y finalmente a sólidos. El alimento nuevo debe ser introducido uno a la vez, teniendo el cuidado de observar reacciones alérgicas.

#### **d) Cantidad**

La cantidad de alimentos se refiere al volumen de los alimentos en cada comida. El inicio de cada alimento nuevo debe hacerse en pequeñas cantidades y aumentar progresivamente a medida que aumenta la capacidad gástrica.

del niño. Por ello es muy importante que la madre o quien cuide al niño este atenta a las señales de satisfacción del niño. Nunca se debe forzar al niño a comer más de lo que quiere o lo que su capacidad gástrica lo permita. En niños(as) amamantados de países en vías desarrollo, las necesidades energéticas a cubrir con la alimentación complementaria se estiman en 200, 300 y 550 kcal/día entre las edades de 6 y 8, de 9 y 11 y de 12 y 23 meses, respectivamente. Por otro lado, tenemos que la capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Alrededor del sexto mes de edad la niña o niño expresa su deseo de alimento abriendo la boca e inclinándose hacia delante. Contrariamente, cuando ya se encuentra satisfecho, demuestra su desinterés por el alimento echándose hacia atrás y volteando la cabeza hacia un lado. La niña o niño participa así activamente de la alimentación y no ingiere indiscriminadamente los alimentos que se le introducen en la boca. Los lactantes aumentan gradualmente su aceptación a los alimentos nuevos mediante un incremento lento de la cantidad que aceptan. Los lactantes amamantados parecen aceptar mayores cantidades que los lactantes que toman fórmulas. A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a 1/2 taza (100 g ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a 3/4 de taza (150 g ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día, más una entre comida adicional; y finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200 g ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente), tres veces al día, más

dos entre comidas adicionales. Desde los 6 meses de edad, la niña o niño debe tener su propio recipiente (plato o taza) y cucharita, para que la madre o la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta y conscientemente aumente la cantidad, de acuerdo con la edad y sus sensaciones de hambre y saciedad. A medida que mejora la aceptabilidad y la niña o niño recibe mayor cantidad de alimentos se puede aumentar su variedad. La incorporación de un nuevo alimento debe ser en volúmenes pequeños para prevenir posibles intolerancias y/o alergias.

#### **e) Contenido nutricional**

Cada nutriente que el niño necesita tiene una función específica que cumplir dentro del organismo. Para asegurar que el niño consuma todos los nutrientes necesarios, es importante que las comidas incluyan alimentos variados.

Desde el periodo de los 6 a 9 meses pueden introducirse cereales, menestras, carnes, hígado, queso, verduras, grasas y tubérculos.

Las carnes tienen un valor especial por la cantidad y calidad de proteínas que contienen y por el hierro que posee, nutrientes que son esenciales para el crecimiento físico y para el desarrollo y formación del cerebro. Si bien el hierro es pobremente absorbido, es fuente importante de proteína, calcio y vitamina A, nutrientes igualmente necesarios para el crecimiento, sin embargo el inicio de consumo del huevo debe ser a partir del año, pues tienen a generar reacciones alérgicas en algunos niños.



Estos alimentos deben ser consumidos diariamente y no pueden ser reemplazados por otros de origen vegetal porque la proteína y el hierro que contienen son de menor calidad. Otro de los nutrientes esenciales es el yodo, indispensable para el desarrollo mental. Como los alimentos naturales tienen muy poco yodo, es necesario que los alimentos del niño sean preparados con sal adecuadamente yodada y sin abusar de su uso en la preparación de las comidas, resaltando que el inicio en el consumo de sal en niños de 6 a 9 meses debe ser pobre pues el niño aun no desarrollo al cien por ciento su mecanismo renal.

## **B.5 Nutrición del niño menor de 2 años:**

### **a) Requerimientos nutricionales del lactante**

La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.

La elección de los alimentos depende en parte de los factores geográficos, hábitos culturales, disponibilidad, costumbres familiares y nivel socio económico, entre otros.

### **Necesidades energéticas**

La ingesta o aporte calórico aconsejable, debe cubrir los requerimientos mínimos para mantenimiento, actividad física y crecimiento. Las necesidades energéticas pueden variar con otros factores como la dieta, el clima o la presencia de patología.

Los requerimientos energéticos en el recién nacido son de dos a tres veces superiores a los del adulto, si se expresan por superficie corporal. La cantidad de energía que se requiere para el crecimiento durante el primer año de vida es muy grande, tanto que aunque los preescolares y escolares son mucho más activos que los lactantes, sus necesidades energéticas son mucho menores en relación al peso.

Las necesidades para mantenimiento incluyen el gasto por el metabolismo basal, las pérdidas por excretas y la energía necesaria para la acción dinámico-específica de los alimentos. Son constantes durante el primer año de vida: 70 kcal/kg de peso corporal.

Las necesidades para crecimiento son inversamente proporcionales a la edad del niño, variando con la velocidad de crecimiento y con el tipo de tejido preferentemente sintetizado, que es distinto dependiendo de la edad. Los requerimientos para actividad física aumentan con la edad desde 9 kcal/kg en los primeros meses de vida hasta 23 kcal/kg al final del primer año.

### **Necesidades de Vitaminas**

La leche materna es deficitaria en vitamina D y vitamina K en los primeros días. Los suplementos vitamínicos son

innecesarios a partir del año de edad, porque una alimentación variada cubre todos los requerimientos. Se tiene a las vitaminas liposolubles (A,D,E,K) y las hidrosolubles como la tiamina, riboflavina, niacina, folato, biotina , colina y B6 y B12.

### **Necesidades de Proteínas**

Las proteínas son componentes esenciales del organismo, su contenido en la masa corporal aumenta del 11 % en el recién nacido hasta un 15% al año de edad.

Las proteínas son polímeros de aminoácidos de alto peso molecular que cumplen una función estructural y forman parte de unidades bioquímicas especiales como enzimas, hormonas y anticuerpos.

Los aminoácidos son utilizados para sintetizar las proteínas corporales. La síntesis de cada una de estas proteínas se realiza a partir de la ingesta adecuada de aminoácidos esenciales y no esenciales.

Algunos aminoácidos son considerados como esenciales en la primera infancia, porque las necesidades en esta etapa son mayores que la capacidad de síntesis, debido a la ausencia o bajo rendimiento de las enzimas que intervienen en su interconversión. Esto es lo que ocurre con la histidina hasta los seis meses y con la cistina en el recién nacido, sobre todo en el pretérmino, dado su papel precursor de la taurina, que juega un papel fundamental en el desarrollo cerebral.

Los requerimientos de proteínas en el primer año de vida son: 0-6 meses (2.2 g/kg/día) y desde los 7-12 meses (1.6 g/kg/día).

### **Necesidades de Grasas**

Las grasas son sustancias orgánicas de bajo peso molecular que se caracterizan por ser solubles en disolventes orgánicos e insolubles en agua. Los lípidos de la dieta son fundamentales para un adecuado crecimiento y sobretodo desarrollo cerebral; están constituidos en su mayor parte por triglicéridos, ésteres de colesterol y fosfolípidos, los cuales contienen ácidos grasos. Los lípidos como los fosfolípidos y glicolípidos forman parte de la estructura de la membrana celular de la mielina y de los órganos intracelulares, así como de importantes sistemas enzimáticos. El colesterol forma parte de la membrana celular, siendo además precursor de hormonas gonadales y adrenales y de ácidos biliares. Aportan ácidos grasos esenciales: ácido linoléico y ácido araquidónico. Favorece la absorción de vitaminas liposolubles (A, D, E, K).

### **b) Tipos de alimentos:**

**Cereales:** Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los cuatro. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario.

**Frutas:** Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6o mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son plátano, papaya, manzana, pera y se debe

evitar las más alergénicas como fresa, frambuesa, kiwi, naranja y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de fruta antes de los 4 meses.

**Verduras y Hortalizas:** Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: papas, camotes, zapallo, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (betarraga, acelga, nabos,) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, espárragos).

**Carnes:** Se empieza principalmente con vísceras como hígado, sangrecita o pollo, a partir del 6º mes, ya que la consistencia es más suave y rica en hierro y proteínas. Posteriormente de acuerdo a la edad se incluirán carnes de res, cordero, etc.

**Pescados:** Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos: merluza, lenguado. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad y/o probar tolerancia brindando al niño en mínimas cantidades observando cuidadosamente las reacciones que pueda presentar; si no hubiere reacción alguna se recomienda incluir pescado en la alimentación del niño ya que es fuente importante de ácidos grasos y hierro fundamentales en el desarrollo cerebral.

**Huevos:** Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12° mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica por ello no es recomendable brindarle al niño la clara de huevo antes de cumplir el año de edad.

**Legumbres:** A partir de los 9 meses se pueden añadir a la alimentación del niño evitando las cascarras. Es fundamental por su contenido de fibra, carbohidratos y hierro como en las lentejas, frejoles, etc. Se pueden añadir mezclados con arroz u otros cereales. No sustituyen a las carnes. Se recomienda dar un par de veces a la semana.

### **c) Combinación de Alimentos:**

Cuando hablamos de combinación de alimentos tenemos a los alimentos principales como: cereales, leguminosas (menestras), alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos, (derivados) y frutas, que van a ser mezcladas teniendo en cuenta la disponibilidad en la zona de residencia y su inocuidad. Debido al crecimiento desarrollo rápido durante los primeros 2 años de vida, las necesidades de nutrientes por unidad de peso de los niños(as) son muy altas. La leche materna puede contribuir sustancialmente al consumo de nutrientes entre 6 y 24 meses, sobretodo en proteínas y vitaminas. Sin embargo, su aporte es relativamente bajo en algunos minerales como el hierro y el zinc aun teniendo en

cuenta su biodisponibilidad. A partir de los seis meses de edad las necesidades de hierro así como del zinc y calcio deben ser cubiertas con la alimentación complementaria, porque a los 6 meses de edad se produce un balance negativo especialmente del hierro.

Dada las pequeñas cantidades de alimentos que los niños(as) consumen a esta edad, la densidad de estos nutrientes en las preparaciones tienen que ser altas. Los alimentos de origen vegetal, por sí solos no satisfacen las necesidades de estos y otros nutrientes, por lo que se recomienda incluir carnes, aves, pescado, vísceras, sangrecita y huevo en la alimentación complementaria lo más pronto posible, de esta manera asegurar el aporte del hierro, zinc, calcio y vitamina A.

Es imprescindible incorporar en la alimentación de la niña o niño productos que tengan alta biodisponibilidad de hierro; su deficiencia conlleva a la anemia y afecta el comportamiento del niño así como en su proceso de aprendizaje. Los alimentos fuentes de este mineral son las carnes, vísceras y sangrecita.

El zinc es importante para el crecimiento y desarrollo normal, favorece la cicatrización de heridas y aumenta la inmunidad natural contra infecciones. Las mejores fuentes del zinc, por su contenido y alta biodisponibilidad, son las carnes, hígado, huevos y mariscos.

Es necesario asegurar el aporte de la vitamina A en la alimentación del niño(a), porque además de participar en su crecimiento y desarrollo, mantiene la integridad de las células epiteliales de la mucosa de la boca, de los ojos, y del aparato

digestivo y respiratorio; los que tienen deficiencia están en mayor riesgo de tener infecciones, especialmente episodios de diarrea y sarampión más frecuentes y severos, así como, anemia por deficiencia de hierro y retardo del crecimiento. Los alimentos de origen animal fuentes de vitamina A son el hígado y carnes.

El calcio es un mineral, que participa en la construcción de los huesos, así como para la salud dental, para un adecuado aporte de calcio es necesario incluir leche y/o productos lácteos en la comida de la niña o niño a partir del año de edad, además de continuar con la leche materna.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

El consumo diario de alimentos que contengan vitamina C favorece el mantenimiento de los huesos y cartílagos así como refuerza las defensas orgánicas, sobretodo de las vías respiratorias altas. Por ello se recomienda el consumo de frutas como la naranja, aguaje, camu camu, maracuyá, papaya y las verduras, como el tomate que tienen alto contenido de vitamina C, cuya ingesta después de las comidas, favorece la absorción de hierro proveniente de los vegetales y legumbres. Existe una asociación directa entre el contenido de vitamina C en la dieta y el porcentaje de absorción del hierro de cereales, hortalizas y leguminosas.

Se debe enriquecer una de las comidas principales de la niña o niño con una cucharadita de grasa (aceite, mantequilla, margarina). Las grasas provenientes de la alimentación infantil



deben proporcionar entre el 30% y 40% de la energía total, aportando ácidos grasos esenciales en niveles similares a los que se encuentran en la leche materna; por lo tanto incrementan la densidad energética de las comidas y mantienen la viscosidad de las comidas independientemente de su temperatura. Una ingesta muy baja de grasa ocasiona una inadecuada ingesta de ácidos grasos y baja densidad energética que puede traducirse en un adelgazamiento infantil y una ingesta excesiva puede incrementar la obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro.

## **B.6 Estado nutricional del niño**

### **a) Evaluación antropométrica**

La evaluación antropométrica del estado nutricional puede realizarse en forma transversal (en un momento determinado) o longitudinal (a lo largo del tiempo). Su determinación es relativamente sencilla, de bajo costo y muy útil.

Las medidas antropométricas más usadas en la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, el perímetro braquial y los pliegues cutáneos. Estas mediciones se relacionan con la edad o entre ellos, estableciendo los llamados **índices**. Los índices mas utilizados son el peso para la edad (P/E), la talla para la edad (T/E) y el peso para la talla (P/T).

#### **Peso para edad:**

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento. Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- En niños mayores de un año puede sobre estimar la desnutrición
- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica).  
Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

#### **Talla para la edad:**

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad

- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

### **Peso para edad:**

Es un índice usado comúnmente en el control del crecimiento de los niños, en las historias clínicas y carnés de crecimiento.

Sus principales ventajas son:

- Es fácil de obtener con poco margen de error.
- Si se tiene un número adecuado de controles, es sensible para detectar cambios en el seguimiento longitudinal de un niño.
- Es el índice más conocido por los trabajadores de salud.

Sin embargo también tiene desventajas importantes:

- No permite diferenciar adelgazamiento (desnutrición aguda) de retardo del crecimiento (desnutrición crónica). Un niño de la misma edad y peso puede estar adelgazado, tener un peso adecuado para su talla o incluso ser obeso, dependiendo de la talla.

### **Talla para la edad:**

El incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente.

Las ventajas de este índice son:

- Refleja la historia nutricional del sujeto
- Estima el grado de desnutrición crónica

Las principales desventajas son las siguientes:

- Requiere conocer con exactitud la edad
- La talla es más difícil de medir que el peso y tiene un mayor margen de error
- No permite medir el grado de adelgazamiento o desnutrición aguda.

#### **Peso para la talla:**

Este índice compara el peso de un individuo con el peso esperado para su talla y esto permite establecer si ha ocurrido una pérdida reciente de peso corporal (desnutrición aguda).

#### **b) Puntos de corte de normalidad**

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte. Hablar de puntos de corte implica adoptar un patrón de referencia para cada índice. Actualmente se acepta el uso de patrones internacionales debido a que las diferencias raciales y étnicas tienen una mínima influencia en el potencial de crecimiento, en comparación con la influencia de los factores socioeconómicos.

Los nuevos patrones de crecimiento infantil de la OMS proporcionan ahora información sobre el crecimiento idóneo de los niños: demuestran, por vez primera, que los niños nacidos en regiones diferentes del mundo a los que se ofrecen unas condiciones de vida óptimas cuentan con el potencial de crecer y desarrollarse hasta estaturas y pesos para la edad similares. Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizará extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente —con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos. Se utilizarán en consultas de médicos, dispensarios y otros centros de salud de todo el mundo, así como por centros de investigación, organizaciones de defensa de la salud del niño y ministerios de salud.

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son superiores a los patrones de referencia que se manejan actualmente. Permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para mujeres y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años. Estos parámetros son

importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento. Es importante el hecho de que existen ahora, por vez primera, gráficos normalizados del índice de masa corporal (IMC) para niños de hasta cinco años, lo que resulta particularmente útil para la vigilancia de la creciente epidemia de obesidad infantil. Además, los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen Ventanas de logro que describen el intervalo y plazos de seis hitos clave del desarrollo motor de los niños, como sentarse, ponerse en pie y andar. Los patrones de crecimiento infantil quedan reflejados en más de 30 gráficos. La mayoría de los médicos, proveedores de atención de salud y progenitores sólo utilizarán de forma habitual unos pocos gráficos (por ejemplo, los correspondientes a estatura/talla, peso e IMC), pero determinados investigadores y profesionales que se ocupan de la salud a nivel de poblaciones utilizarán un mayor número de gráficos para fines de medición y evaluación.

## **B.7 Desnutrición infantil**

La desnutrición infantil ha sido catalogada por UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema. Según UNICEF, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.<sup>10</sup>

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años.

En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Por esta razón, un individuo malnutrido durante esa etapa de su vida es más vulnerable a los efectos negativos de dicha condición. Hay que considerar, además, que dado el rápido crecimiento de los niños en sus primeros años, los requerimientos nutricionales son más altos y específicos, y que la alimentación depende enteramente de terceros (padres o cuidadores), quienes pueden no tener los recursos y/o los conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea de forma adecuada.

Una mala nutrición en edad temprana tiene efectos negativos en el estado de salud del niño, en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes (Gajate e Inurritegui, 2002). Como explican Sagan y Dryuyan (1994), el cuerpo humano le da prioridad a la sobrevivencia frente al crecimiento y desarrollo, destinándole más recursos energéticos a la primera cuando las sustancias alimenticias que recibe no son suficientes.

Además, el sistema inmunológico se ve debilitado por una mala nutrición; por ello, un niño desnutrido tiene menos resistencia a enfermedades comunes, aumentando su probabilidad de morir por causas como la diarrea o las infecciones respiratorias.

Asimismo tenemos el tema de la obesidad infantil en menores de 2 años principalmente, un aspecto importante es la relación la alimentación complementaria y sobrepeso en la infancia y subsecuente obesidad en el adulto. Es cierto que no se han realizado estudios prospectivos a largo plazo, sin embargo, estudios retrospectivos y prospectivos a corto plazo, tienden a sostener la hipótesis de que es conocida tanto la desnutrición como la sobrealimentación en la infancia pueden conducir a una obesidad tardía. En la obesidad existe un mayor riesgo de enfermedad cardíaca e hipercolesterolemia, por lo cual, es lógico considerarla como una consecuencia negativa de una alimentación temprana inadecuada.

Desde un punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición son graves. El daño que se genera en el desarrollo cognitivo de los individuos afecta el desempeño escolar, en un primer momento y, más adelante, la capacidad productiva laboral. Peor aún, una niña malnutrida tiene mayor probabilidad de procrear, cuando sea adulta, a un niño desnutrido, perpetuando los daños de generación en generación.

## **B.8 La adecuada higiene en la preparación de alimentos**

Una adecuada higiene implica una serie de acciones preventivas que la madre o el cuidador del niño debe tener en cuenta



al momento de la preparación de alimentos y a la hora de brindárselos, estas recomendaciones son las siguientes:

- Lavado de manos con agua y jabón antes de la preparación de los alimentos, antes de dar comer a la niña o niño, después de usar el baño o letrina y después de limpiar a un niño(a) que ha defecado.
- Los alimentos deben estar tapados y servirlos inmediatamente después de la cocción.
- Los utensilios que se usaran en la preparación de alimentos deben estar limpios (tazas, vasos, platos, cucharas, etc.)
- Evitar el uso de biberones y chupones debido a la dificultad para mantenerlos limpios, además de otros efectos negativos
- Utilizar agua potable, clorada o hervida y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Conservar los alimentos del niño en lugares seguros (libres de polvo, insectos, roedores y otros animales), para evitar la contaminación de los mismos.
- La basura o restos de comida deben estar en recipientes tapados y fuera de la vivienda.
- Los restos de comida que la niña o niño pequeño dejan en el plato no se debe guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente

### **B.9 El entorno del niño durante la alimentación**

El entorno del niño es un aspecto primordial en la alimentación del niño ya que pueden afectar su disposición para comer. Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de

comer), sino también es importante la manera de cómo, cuándo, dónde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser crítica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un “estilo controlador”, donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo “dejar hacer” o “liberal”, donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño esté enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo “interactivo” incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora- niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.
- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.

- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Se debe dedicar un tiempo para la alimentación del niño de acuerdo a horarios establecidos.
- El mejor lugar para la alimentación es en la mesa del comedor ya que otros lugares pueden distraer al niño o no generar en él la disposición a comer.
- El niño debe encontrarse sentado en la silla o en la rodilla de la madre según sea conveniente, la madre debe estar a la altura del niño para ayudarlo a alimentarse.
- Minimizar las distracciones durante la comida

## **B.10 Aspectos teóricos conceptuales sobre el conocimiento**

En nuestra definición, el conocimiento es lo que hace que un individuo pueda utilizar herramientas para aprovechar la información de que dispone y producir un resultado de valor agregado.

Según el filósofo alemán Immanuel Kant menciona que se puede tener conocimiento exacto y certero y que dicho conocimiento es más informativo sobre la estructura del pensamiento que sobre el mundo que se halla al margen del mismo.

### **a) Tipos de conocimientos**

Distinguió tres tipos de conocimiento: *analítico a priori*, que es exacto y certero pero no informativo, porque sólo aclara lo que

está contenido en las definiciones; *sintético a posteriori*, que transmite información sobre el mundo aprendido a partir de la experiencia, pero está sujeto a los errores de los sentidos, y *sintético a priori*, que se descubre por la intuición y es a la vez exacto y certero, ya que expresa las condiciones necesarias que la mente impone a todos los objetos de la experiencia.

El conocimiento, en su sentido más amplio, es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por sí solos poseen menor valor cualitativo. Significa, en definitiva, la posesión de un modelo de la realidad en la mente. El conocimiento comienza por los sentidos, pasa de estos al entendimiento y termina en la razón. La práctica está relacionada con las actividades que se ponen de manifiesto luego que se conoce o se aprende en base al conocimiento que se tiene.

#### **b) Características del conocimiento**

Según Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

-

En general se considera al conocimiento como sinónimo de información. Por ello se considera en muchas culturas que un individuo que tiene mucha información sabe mucho.

En la acepción popular existen dos tipos de conocimientos:

El intelectual: que tiene que ver con el conocimiento de ideas.

El conocimiento real: que tiene que ver con los elementos de la realidad externa que el individuo busca conocer.

### **B.11 Rol de la enfermera en la nutrición del niño**

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño.

Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y

prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general.

En este marco del crecimiento y desarrollo del niño ligado al tema de nutrición propiamente dicha el personal de enfermería es quien cumple la labor trascendental de realizar la evaluación al niño, así como en la detección de casos de desnutrición. Asimismo la enfermera es quien brinda la consejería nutricional a los padres en el inicio de la alimentación complementaria, es así como el rol que cumple la enfermera tiene suma importancia en la nutrición del niño como en su estado nutricional y las capacidades que el niño pueda lograr en el futuro.

#### **B.12 Consejería en Enfermería del paquete CRED**

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo, se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite 39 establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la

recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad , ya que durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto , se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), además la consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.

### **C. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS**

**Conocimiento sobre AC:** Esta dado por toda aquella información que tienen las madres sobre Alimentación Complementaria en niños de 6 meses a 24 meses.

**Alimentación Complementaria:** Proceso de introducción de alimentos adicionales diferentes a la leche materna que se inicia a los seis meses hasta los veinticuatro meses de edad.

**Madre:** Es toda persona de que se encarga del cuidado del niño desde su nacimiento y que lo lleva a consulta de crecimiento y desarrollo.

**Niño menor de 2 años:** Niño(a) nacido a término que actualmente tiene una edad comprendida desde los 6 meses hasta los 24 meses, sin complicaciones ni antecedentes patológicos durante su gestación y parto, que es atendido en el consultorio de control del Crecimiento y Desarrollo del Niño.

#### **D. FORMULACION DE HIPOTESIS**

**Hp:** Existe relación significativa entre los niveles de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que acude al consultorio de CRED del CSVSL.

**Ho:** Existe relación poco significativa entre los niveles de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que acude al consultorio de CRED del CSVSL.

#### **E. CLASIFICACION DE LAS VARIABLES**

**Variable dependiente:** Estado nutricional del niño menor de 2 años que asiste al programa CRED de un CS en SJM.

**Variable independiente:** Conocimientos sobre alimentación complementaria.

#### **F. DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE (Ver anexo A)**



## **G. TIPO DE INVESTIGACION**

El presente estudio es de tipo cuantitativo dado que los datos obtenidos son susceptibles a medición, de nivel aplicativo porque se inclina a las ciencias de la salud y además nos lleva e incita a cambiar u orientar la realidad ya existente, método descriptivo correlacional pues describe al mismo tiempo que relaciona las variables de estudio de la investigación; y de corte transversal porque presenta los hechos tal como son en un determinado tiempo y espacio.

## **H. SEDE DE ESTUDIO**

El estudio se realizó en el Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Villa San Luis, perteneciente a la Red San Juan De Miraflores - Villa María Del Triunfo- Lima perteneciente a la DISA II. El establecimiento de Salud pertenece al Primer nivel de atención, cuenta con los servicios de Medicina General, Obstetricia, Enfermería Odontología, Psicología, Farmacia, Laboratorio entre otros. El consultorio de CRED está ubicado en el primer piso y el personal que tiene a cargo este consultorio es la enfermera, el horario de atención es de 8:00 am. -1:00 pm. Y de 2:00 pm. - 7:00 pm. De lunes a sábado. Este servicio realiza actividades de control, preventivo promocionales orientados a la madre responsable en el cuidado del niño como son las consejerías y orientación así como la evaluación integral del niño sano. Asimismo en cuando al equipo de salud que labora en el centro de salud tenemos al médico, la enfermera y el nutricionista, principalmente.

## **I. POBLACIÓN**

La población está conformada por un total de 185 madres que asisten mensualmente al consultorio de Crecimiento y Desarrollo

## **J. MUESTRA**

Para hallar la muestra se seleccionará el 30% de la población lo que corresponde a 50 madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño. La técnica de muestreo utilizado es no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo conveniencia o intencionalidad pues se considerará a las madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo durante el tiempo que dure la recolección de datos.

Los criterios de exclusión e inclusión son los siguientes:

### **a) Criterios de inclusión**

#### **Para la madre:**

Madres que por lo menos hayan tenido 3 consultas en CRED.

Madres que aceptan participar en el estudio.

Madres que hablen castellano.

#### **Para el niño:**

Niños de 6 a 24 meses de edad.

Niños nacidos a término.

### **b) Criterios de exclusión**

#### **Para la madre:**

Madres quechua hablantes.

Madres que no deseen participar del estudio.

Madres que no cuenten con carné de CRED.

**Para el niño:**

Niños menores a 6 meses y mayores a 24 meses de edad.

Niños prematuros.

Niños que hayan tenido o estén cursando una enfermedad aguda en los últimos 3 meses.

**K. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

Para la recolección de datos la técnica que se utilizará es la entrevista. Según Hernández Sampieri, las entrevistas implican que una persona calificada aplique el cuestionario a los sujetos participantes, en donde el primero hace las preguntas a cada sujeto y anota las respuestas. Asimismo el instrumento es la entrevista-encuesta, la cual estará constituida por preguntas de tipo cerradas en su estructura; además el instrumento consta de una breve introducción, datos generales de la madre y del niño, datos específicos referidos al conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y del estado nutricional del niño.

**L. PROCESO DE RECOLECCIÓN Y ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS**

Para la recolección de datos, se realizarán las coordinaciones previas con el médico jefe del Centro de Salud y la enfermera jefa del centro de salud mediante el documento brindado por la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, asimismo con la enfermera encargada del consultorio de Crecimiento y Desarrollo del niño. De igual manera se

recogerá la información a las madres durante 25 días mediante el cuestionario y el carnet de atención integral del niño en el centro de Salud los días miércoles, jueves y viernes de 8:00am a 12m. Luego de recolectar los datos, estos serán procesados mediante el uso de Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. En cuanto a los resultados serán presentados en gráficos y tablas estadísticos para su mejor comprensión, análisis e interpretación respectiva acorde con los objetivos y con la base teórica.

Para realizar el análisis de la Variable Nivel de Conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria, se aplicará la prueba de Stanones en tres categorías: Alto, medio y bajo. Asimismo para establecer la relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad se utilizará la prueba de significancia estadística: Chi cuadrado ( $\chi^2$ ).

## **M. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD**

El formulario fue sometido a validez de contenido mediante el Juicio de Expertos, conformado por ocho profesionales del campo de la salud, con experiencia en investigación, de los cuales fueron 5 enfermeras en el área niño, 2 docentes del área de investigación y 1 nutricionista. Los resultados emitidos por los expertos serán debidamente procesados en una Tabla de Concordancia con fines de determinar la validez, donde  $p < 0.05$  la concordancia fue significativa.

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó la fórmula de R20 Kuder Richardson.

## **N. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la realización del presente trabajo de investigación se contará con la previa autorización del Director del Centro de Salud y Enfermera responsable del consultorio de CRED, así como del consentimiento informado de las madres en el cual se les informará acerca del estudio, los objetivos de la investigación, los fines netamente científicos y el total anonimato.

### CAPITULO III

#### RESULTADOS Y DISCUSION

Luego de haber recolectado los datos de la investigación estos fueron procesados en gráficas y tablas estadísticas para su mejor comprensión a fin de realizar el análisis e interpretación correspondiente en base al marco teórico e implicancia.

##### A. DATOS GENERALES:

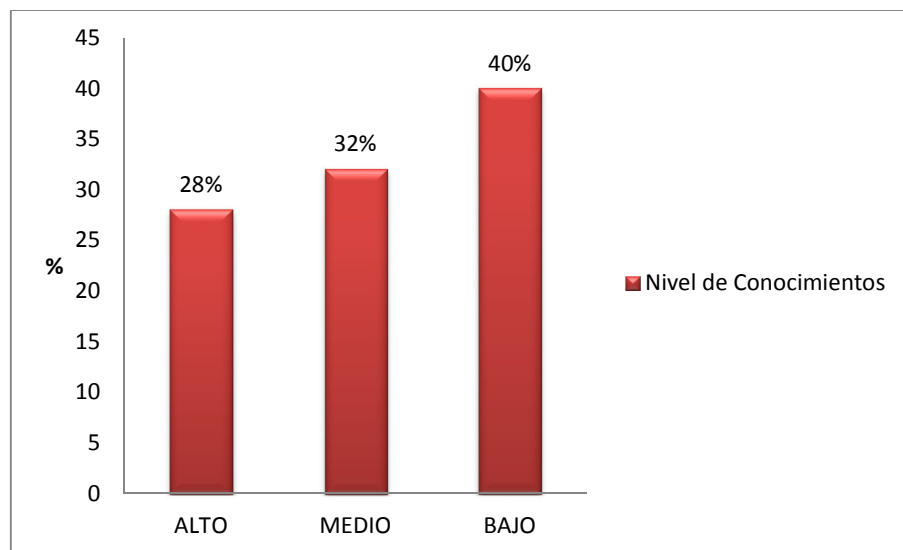
De los resultados obtenidos en cuanto a **rango de edad** de las madres se tuvo que del 100% (50) de madres encuestadas, el 54% (27) tienen entre 26 y 30 años, el 26% (13) se encuentran entre los 22 y 25 años y el 20%(10) tienen menos de 21 años. Asimismo en relación al **lugar de procedencia** tenemos que el 64% (32) de las madres son de la sierra, el 30% (15) son de la costa y el 6%(3) son de la selva. En relación al **grado de instrucción** de las madres tenemos que el 58%(29) tienen secundaria, el 20%(10) tienen primaria y el 22% (11) tienen una educación superior; de igual manera en cuanto a la **ocupación** encontramos que el 66% (33) de las madres se dedican a ser amas de casa, el 24%(12) son empleadas, el 6% (3) son profesionales y el 4%(2) trabaja de manera independiente. Finalmente en cuanto al **estado civil** tenemos que el 74% (37) de las madres son convivientes, el 14% (7) son solteras y el 12%(6) son casadas.

## **B. DATOS ESPECIFICOS:**

### **B.1 NIVEL DE CONOCIMIENTOS**

**Grafico N° 1**

**Nivel de conocimientos de las madres de niños de 6 a 24 meses  
de edad que acuden al Programa  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**



En relación al nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria se tiene que del 100% (50) madres encuestadas, el 28% (14) tienen un conocimiento alto, de la misma forma tenemos que el 32% (16) poseen un conocimiento medio y el 40% (20) tienen un conocimiento bajo.

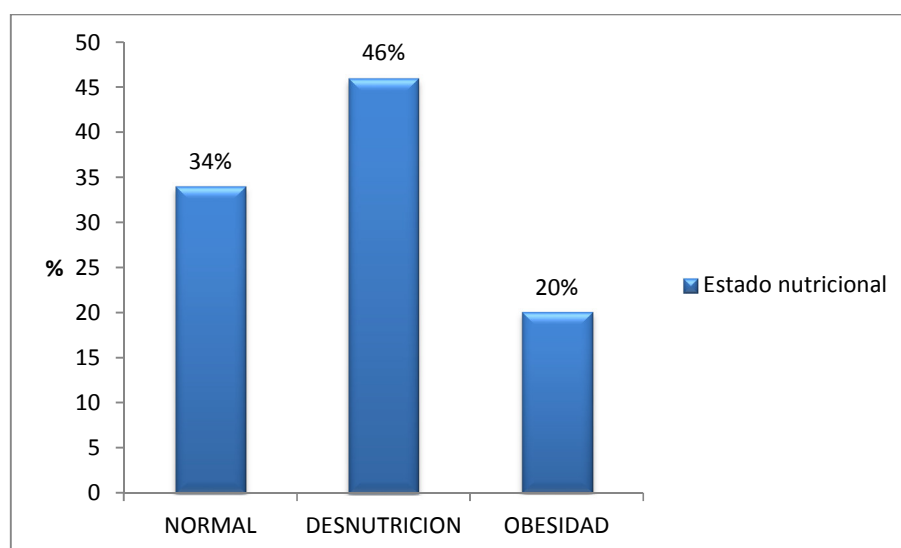
**Tabla N° 1**  
**Conocimientos de las madres de niños de 6 a 24**  
**Meses de edad que acuden al Programa**  
**CRED de un C.S en SJM**  
**Lima-2015**

<b>Conocimientos sobre Alimentación complementaria</b>	<b>Conocen</b>		<b>Desconocen</b>		<b>Total</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Definición sobre Alimentación complementaria</b>	23	46	27	54	50	100
<b>Alimentos de inicio de la alimentación complementaria</b>	15	30	35	70	50	100
<b>Edad de inicio de alimentación complementaria</b>	24	48	26	52	50	100
<b>Cantidad de alimentos según edad</b>	10	20	40	80	50	100
<b>Frecuencia de alimentos</b>	30	60	20	40	50	100
<b>Consistencia de alimentos</b>	15	30	35	70	50	100
<b>Alimentos potencialmente alergénicos</b>	5	10	45	90	50	100
<b>Entorno del niño mientras recibe los alimentos</b>	25	50	25	50	50	100
<b>Medidas higiénicas en la preparación de alimentos</b>	30	60	20	40	50	100



## B.2 ESTADO NUTRICIONAL

**Grafico N°2**  
**Estado nutricional del niño menor de 2 años de**  
**Edad que acuden al programa**  
**CRED de un C.S en SJM**  
**Lima-2015**

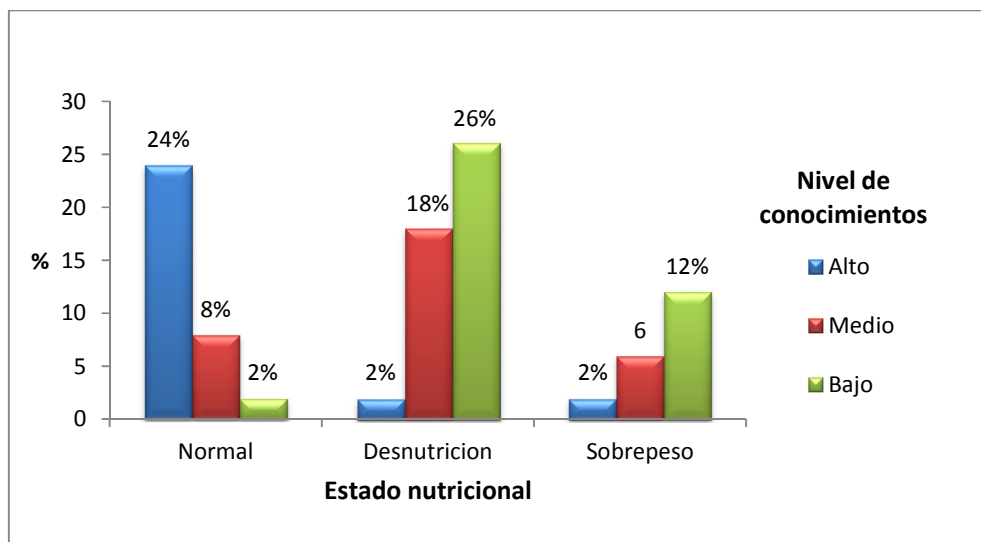


Acerca del estado nutricional tenemos que del total de niños evaluados 100% (50), el 34% (17) poseen un estado nutricional normal, el 46% (23) presenta desnutrición o malnutrición por defecto y el 20% (10) sobrepeso o malnutrición por exceso.

### B.3 RELACION ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y EL ESTADO NUTRICIONAL

Gráfico N° 3

Relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre AC y el estado nutricional del niño menor de 2 años  
Del programa CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015



Acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de sus niños tenemos que del 100% (50) de madres encuestadas el 28% representa a las **madres con conocimiento alto**, de los cuales se desprende que el 24% tienen niños con estado nutricional normal, el 2% desnutrición y el 2% restante sobrepeso. Asimismo tenemos a las madres cuyo **conocimiento es medio** en relación a la alimentación complementaria y que representan el 32%, de los cuales se

desprende que el 8% de sus niños posee estado nutricional normal, el 18% son niños con desnutrición y el 6% restante son niños son sobrepeso. Finalmente tenemos a las madres cuyo **conocimiento sobre alimentación complementaria es bajo** y que representan el 40% de los cuales tenemos que el 2% de estas madres tienen niños con estado nutricional normal; el 26% representan a madres con niños con desnutrición y el 12 % mares de niños son sobrepeso.

### C. DISCUSION

Se entiende como alimentación complementaria al periodo en el que la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante y es necesario añadir alimentos complementarios a su dieta. La alimentación complementaria debe introducirse en el momento adecuado, lo cual significa que todos los niños deben empezar a recibir otros alimentos, además de la leche materna, a partir de los 6 meses de vida. La alimentación complementaria debe ser suficiente, lo cual significa que los alimentos deben tener una consistencia y variedad adecuadas, y administrarse en cantidades apropiadas y con una frecuencia adecuada, que permita cubrir las necesidades nutricionales del niño en crecimiento, sin abandonar la lactancia materna. La nutrición durante la infancia es uno de los pilares más importantes para la salud y calidad de vida de la población. Siguiendo estos lineamientos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la lactancia materna de forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios de menos a más.

De acuerdo con datos del Comité de Nutrición de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), la nutrición adecuada en el primer año

de vida y durante la primera infancia es fundamental para que el niño desarrolle plenamente su potencial humano. Los especialistas sugieren proveer alimentos complementarios, además de la lactancia después de los seis meses de edad, para mantener así un crecimiento saludable ya que a los seis meses de edad el bebé ya ha adquirido un buen desarrollo de su aparato digestivo, su función renal y el suficiente desarrollo neuromuscular para la incorporación de nuevos alimentos. Es por ello que a partir de esa edad es muy importante continuar la alimentación con papillas, purés a base de verduras y frutas como la zanahoria, zapallo, papa, manzana, plátano y pera a lo que es importante sumar el agregado de carnes para optimizar el aporte de hierro y de aceite para incrementar el aporte energético. Asimismo es importante que la madre quien es la principal persona a cargo del cuidado del niño, tenga conocimientos claros sobre alimentación complementaria, los cuales le van a permitir brindar al niño una correcta inclusión de alimentos así como una adecuada nutrición lo cual es fundamental para el futuro crecimiento y desarrollo del niño.

**En el grafico N°1 se observa que en cuanto al nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria se encontró que un 28% tienen un nivel de conocimientos alto, un 32% de madres con nivel de conocimientos medio, resultados que nos indican que estas madres brindan a sus niños una alimentación adecuada; esto incluye un buen inicio en la alimentación complementaria, una adecuada frecuencia, consistencia, y cantidad de alimentos, lo que es beneficioso para el niño a corto y largo plazo pues están reviendo todo el aporte alimenticio adecuado de acuerdo a sus requerimientos nutricionales. Sin embargo, existe un 40% de**

**madres quienes presentaron un nivel de conocimientos bajo, lo cual indica que dichas madres no tienen el conocimiento adecuado para proporcionarle una alimentación de calidad a su niño, ya que no tienen conocimientos claros acerca del inicio, frecuencia, consistencia ni cantidad de alimentos que deben brindarle a sus niños en cada etapa de desarrollo de estos, hecho que es perjudicial para el niño pues no está recibiendo todo el aporte nutricional que debería recibir en relación a su edad, lo que podría significar graves daños a su salud y un mayor riesgo a enfermar.**

**En la tabla N°1 observamos que la mayoría de madres conocen la definición y edad de inicio de la alimentación complementaria, sin embargo no podemos dejar de mencionar a un 54 % y 52% respectivamente que desconocen. La mayoría de estas madres refiere que la alimentación complementaria es la introducción de alimentos semisólidos sin la leche, un pequeño porcentaje señala que es solo leche materna, con respecto a la edad de inicio mencionan que es de 4 a 5 meses de edad. Es por ello que es muy importante que las madres internalicen estos conceptos para proporcionar una nutrición adecuada a su niño desde el punto de vista nutricional y en relación a sus necesidades. En relación al tipo de alimento tenemos que la mayoría de las madres mencionan a las sopas de pollo o de hueso de res como alimento de inicio de la alimentación complementaria lo cual es producto de sus costumbres y cultura; ya que las madres refieren que el caldo tiene sustancia que va a hacer que su niño crezca fuerte; sin embargo sabemos que las sopas no brindan aporte nutricional de acuerdo a las necesidades de los niños. El 40% de las madres desconocen la**

frecuencia de los alimentos que se debe brindar al niño durante el día, la mayoría de las madres manifiestan que la frecuencia correcta de los alimentos es de 3 veces y una pequeña cantidad menciona 2 veces al día. En cuanto a la cantidad que debe recibir el niño de acuerdo a su edad tenemos a más la mitad de las madres desconoce la cantidad de alimento que debe recibir el niño siendo esto más visible en las madres de los lactantes de 8 a 12 meses quienes refieren no saber la cantidad exacta. El desconocimiento de la madre sobre la frecuencia y la cantidad del alimento que se debe brindar al niño puede incurrir en una serie de consecuencias de índole pondo-estatural ya que en esta etapa el niño tiene una velocidad de crecimiento acelerado y al no tener el suficiente aporte necesario para lograrlo el niño está en camino al desacelerar este crecimiento natural teniendo así niños con desnutrición poniendo en riesgo el desarrollo adecuado limitando a que el niño alcance su potencial de desarrollo físico y mental. Asimismo tenemos que casi el 90% de las madres desconoce la inclusión de los alimentos de acuerdo a la edad, la mayoría de ellas menciona que se debe incluir los cítricos y clara de huevo desde el inicio de la alimentación al igual que las menestras, resultando esto perjudicial en el lactante ya que los alimentos se deben incluir gradualmente de acuerdo a la edad, dentición, desarrollo digestivo y potencial alergénico y capacidad gástrica. Además tanto la clara de huevo como los cítricos son las causas más comunes de las alergias alimentarias en los niños. Por otro lado tenemos que la mayoría de las madres conocen las principales medidas de higiene y las ponen en práctica, sin embargo existe un grupo minoritario pero no menos importante de madres que no conocen tales medidas básicas de higiene poniendo en alto riesgo de contraer enfermedades

**gastrointestinales a su niños perjudicando de manera grave su salud y bienestar.**

Comparando los resultados con Betty Gómez, en Lima, en el año 2006 realizó un estudio sobre “El nivel de conocimientos de las madres de lactantes hospitalizados en el servicio de pediatría sobre la alimentación complementaria para prevenir la anemia, quien concluye que el nivel de conocimientos es alto, resultados que coinciden con el presente estudio, sin embargo, cabe resaltar el porcentaje significativo de madres con conocimiento bajo encontrados. Asimismo tenemos a Cárdenas Alfaro, Lourdes Nohemí, quien realizó un estudio titulado “Relación entre el Nivel de Conocimientos y Prácticas sobre Alimentación Complementaria en Madres de Niños de 6 meses a 24 meses que acuden al Consultorio de Crecimiento Y Desarrollo del Niño en el Centro de Salud Materno Infantil Santa Anita 2009”, quien concluye que el conocimiento en la mayoría de madres sobre alimentación complementaria es de nivel medio, resultados que no coinciden con el presente estudio de investigación.

**Por lo expuesto tenemos que un poco más de la mitad de las madres presentan un nivel de conocimiento alto y medio, hecho que es beneficioso para el niño porque está recibiendo una alimentación adecuada lo cual garantiza su correcto desarrollo y hace suponer su mejor calidad de vida y menor riesgo de contraer posibles enfermedades en el futuro, sin embargo; existe un porcentaje significativo de madres quienes presentan un nivel de conocimientos bajo sobre alimentación complementaria, lo cual podría ser a causa de la falta de aporte de información durante la consulta en CRED, asimismo podría deberse a la falta de compromiso de la madre o al factor tiempo,**

**hecho que afectaría en el crecimiento y desarrollo normal del niño así como de importantes daños en su salud.**

El estado nutricional del niño se define como la situación final del balance entre ingreso, absorción y metabolismo de los nutrientes y las necesidades del organismo, todo esto dentro de un contexto ecológico, ya que está influenciado por múltiples factores: físicos, biológicos, culturales y socioeconómicos de la comunidad. Dentro de este contexto cualquier alteración en el crecimiento del niño ya sea por defecto o por exceso está directamente relacionada con la desnutrición como es el caso de la desnutrición global donde el peso para la edad no es el adecuado, de igual manera es con la desnutrición crónica donde la talla es menor de la correspondiente para su edad y el sobrepeso en la infancia que condiciona al niño a diversas enfermedades en el futuro como diabetes, HTA, arterioesclerosis, etc. Un deficiente patrón de crecimiento, expresa que las potencialidades del niño han sido dañadas de por vida, y con ello se ha limitado sus posibilidades de adquirir y acumular mayores capacidades (desarrollo humano subóptimo). Además se señala que la primera infancia es una etapa que constituye un aspecto crítico en la estrategia de la lucha contra la pobreza, ya que un infante con un patrón de crecimiento normal es decir con sus capacidades acumuladas adecuadas podrá en un futuro aprovechar las oportunidades económicas del entorno y generar mayores ingresos para la familia. (MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú. Lima.2006). Es por ello que conocer el estado nutricional del niño es de suma importancia ya que podemos tener el control del crecimiento del niño periódico y así promover a que el niño pueda a corto plazo



desarrollarse favorablemente en el colegio y en el futuro desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales y sociales.

**En el grafico N° 2 se observa que en cuanto al estado nutricional de niño menor de 2 años de edad encontramos que el 34% presenta un estado nutricional normal, resultados que son alentadores ya que al estar el niño bien nutrido incrementa sus posibilidades de desarrollarse y crecer de manera adecuada, asimismo se reduce el riesgo de contraer enfermedades en el futuro favoreciendo así al desarrollo máximo de sus capacidades intelectuales. Sin embargo encontramos que hay un preocupante 46% de niños quienes presentan desnutrición y 20% sobrepeso.**

**La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales. Dentro de sus principales causas tenemos a la no lactancia materna, falta de información sobre una adecuada alimentación e infecciones diarreicas agudas o respiratorias.**

**Es decir que el grupo de niños que tienen desnutrición y sobrepeso están condicionados a tener un peso y una talla menor a la que le correspondería para su edad, retraso en su crecimiento y desarrollo sumado al riesgo elevado a padecer enfermedades de la infancia como también sufrir en el futuro enfermedades más graves al mismo tiempo que disminuyen sus posibilidades de desarrollar al máximo sus capacidades intelectuales, suponiendo así una menor calidad de vida.**

**Por lo expuesto podemos concluir que la mayoría de niños presenta un estado nutricional entre desnutrición y sobrepeso, hecho que supone que el niño no pueda en el futuro desarrollar sus capacidades al máximo y este es riesgo a muchas enfermedades a corto y largo plazo. Sin embargo cabe resaltar que existe un porcentaje significativo de niños que presentan estado nutricional normal.**

En el grafico N°3 observamos que el cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional de los niños tenemos que el 24% corresponde a las madres con un nivel alto de conocimientos y a los niños con un estado nutricional normal, de igual forma tenemos al 2% de madres que tienen conocimiento bajo y a los niños con desnutrición sumado al 2% de niños con sobrepeso.

**Entre los 6 y 24 meses de edad el niño pasa por una gran fase de vulnerabilidad lo que para muchos niños significa el comienzo de la desnutrición lo que contribuye a la alta prevalencia de la desnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.**

**La principal razón por la que el niño debe consumir alimentos diferentes a la leche materna es de tipo nutricional. Las necesidades de energía, proteína, vitaminas y minerales se incrementan a partir del sexto mes de vida, y, por esto los alimentos seleccionados deben ser ricos en: calorías, proteínas, hierro, zinc, calcio, vitaminas A-C-D, entre otros. Los alimentos seleccionados “complementarán” al alimento básico que continúa siendo la leche (al menos hasta el primer año de vida) y**

**ayudarán con la cobertura de los requerimientos de los nutrientes. Es por ello que se debe utilizar alimentos con un valor nutricional adecuado, de fácil digestión, poco voluminosos, frescos o higiénicamente elaborados.**

En la atención integral del niño una de las principales intervenciones es el control de crecimiento y desarrollo que está orientado a la valoración y monitoreo nutricional, promover un óptimo crecimiento y desarrollo del menor de cinco años con la activa participación de la familia, instituciones comunales, organizaciones y el sector salud en conjunto, detectar los riesgos de desnutrición así como las deficiencias nutricionales para su oportuna intervención, intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgo o deficiencia nutricional, asimismo promover y fomentar adecuadas prácticas de alimentación, en especial el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar y el aumento de frecuencia de administración de alimentos, sumado a esto el rol de la madre es muy importante ya que de ella dependerá ejecutar los conocimientos fomentados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo que sus niños obtengan un óptimo crecimiento y desarrollo por tanto una disminución de la probabilidad de que exista un déficit nutricional. (MINSA. Normas Técnicas de Salud “Atención Integral de Salud de la niña y el niño” 2006.)

Relacionando los datos tenemos a Francisco Saúl, Unsihuay Ureta en su investigación conocimiento materno sobre alimentación del lactante menor y su estado nutricional en la comunidad marginal de Santa Isabel- Huancayo, tuvo como resultados que si existe relación entre el conocimiento materno y el estado nutricional del

lactante, datos que corroboran los resultados obtenidos en la presente investigación.

**Por lo expuesto se concluye que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño dado que la mayoría de madres que tienen un nivel alto de conocimientos sobre alimentación complementaria tienen a sus niños con un estado nutricional normal, lo que podría deberse a los altos conocimientos sobre alimentación complementaria que tiene la madre gracias al apoyo de la enfermera en el consultorio de CRED y que a su vez le permiten brindar una alimentación de calidad de acuerdo a los requerimientos nutricionales de sus niños favoreciendo su crecimiento y desarrollo óptimos. Así mismo tenemos a las madres que tienen un nivel de conocimientos bajo quienes tienen alto porcentajes de niños con desnutrición, lo que podría deberse a la falta de información proporcionada hacia la madre por parte de la enfermera y/o el personal de salud lo que le impide brindar una buena calidad en la alimentación de sus niños condicionándolos a contraer diversas enfermedades minimizando sus capacidades intelectuales y poniendo en riesgo su salud.**

**Para hallar la relación entre el nivel de conocimientos sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño se aplica la prueba estadística del Chi cuadrado que tiene distribución con 4 grados de libertad con una significancia de  $0.001 < \alpha$  con la cual se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  y se acepta la hipótesis de estudio, es por ello que podemos afirmar que si existe relación significativa entre estas dos variables sumamente importantes.**

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES Y RECOMEDACIONES**

#### **A) CONCLUSIONES**

Como parte final de la presente investigación se han desprendido las siguientes conclusiones de acuerdo a los objetivos propuestos y son las siguientes:

- ❖ Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos que tienen las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años de edad.
- ❖ El nivel de conocimientos que poseen las madres sobre alimentación complementaria en su mayoría es bajo.
- ❖ El estado nutricional de la mayoría de los niños menores de 2 años de edad se encuentra entre desnutrición y sobrepeso, seguido de un significativo grupo de niños con estado nutricional normal.

## **B) RECOMENDACIONES**

Las recomendaciones derivadas de la presente investigación son las siguientes:

- ❖ Se recomienda realizar estudios con una muestra mayor para poder obtener una mayor representatividad.
- ❖ Se recomienda realizar estudios cualitativos para poder tener un mayor entendimiento acerca de las costumbres, creencias y prácticas de las madres en relación a los conocimientos que tienen sobre alimentación complementaria y la edad de inicio de la misma.
- ❖ Se recomienda realizar otros estudios cuantitativos sobre los diversos factores que puedan influir de manera directa o indirecta en la alimentación complementaria.
- ❖ Se recomienda realizar estudios cuasi experimentales para hallar la efectividad de programas educativos sobre alimentación complementaria y su implicancia en los conocimientos que poseen las madres acerca de la misma.
- ❖ Se recomienda usar otros tipos de tablas más actualizadas para determinar el estado nutricional del niño de acuerdo a la realidad en que se encuentre.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú 2012.
2. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. 1998-2007.
3. Lancet vol, 2007
4. Journal of Nutrition, Vol 140, n2, 2010, pp.348-354
5. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2013.pp 298-301.
6. Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES. 2013.pp 278-279.
7. Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4. Washington.OPS.2009:p14.
8. Lozoff et al, Arch Pedia, Adolesc Med 2006, 160: 1108-1113.
9. Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. Lima: 1998-201.pp 334-336.
10. Jiménez, César Orlando. Inicio de la alimentación complementaria y estado nutricional en lactantes de 6 a 12

meses que acuden al centro de salud fortaleza [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2008.

**11.**Barba, Horacio. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2008.

**12.**Castro Laura. Conocimientos y prácticas que tienen las madres de los niños de 6 meses a 2 años sobre el inicio de la ablactancia en el consultorio de CRED del HNGDM". [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería; 2003.

**13.**Cárdenas, Catherine. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Escuela académico profesional de Enfermería 2004.

**14.**Hidalgo, Diana. Representaciones sociales sobre la alimentación complementaria en madres de niños menores de



2 años: Yanacancha - Cerro de Pasco. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional de Cerro de Pasco.Facultad de Enfermería. 2008.

- 15.** Zurita Alvarado, María Antonieta. Lactancia materna, alimentación complementaria y factores asociados a su práctica, en niños menores de 2 años. 1ra. sección del municipio de Quillacollo-Cochabamba. Bolivia; Universidad de Aquino Bolivia. Facultad de enfermería; 2005.
- 16.** Jácome, Ximena. Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n°10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito. Facultad de nutrición; 2013.
- 17.** Escobar María Belén. Relación de los conocimientos, actitudes y prácticas de las madres sobre alimentación complementaria con el estado nutricional de los niños y niñas que acuden a consulta externa de pediatría en el Hospital del IESS de Latacunga en el período Junio-Septiembre del 2013. [Tesis]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica de Quito. Facultad de Enfermería; 2013.
- 18.** García de León, Cecilia. Prácticas de alimentación complementaria en niños menores de 1 año de edad, de la comunidad el tablón del municipio de Sololá. [Tesis].

Guatemala: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.

19. Farfán, Raisa. Prácticas de destete y ablactación que tiene las madres del Centro de Salud Primero de Mayo de la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí y su relación con el estado nutricional del infante”. [Tesis]. Ecuador: Universidad Rafael Landívar Facultad de Ciencias de la Salud Campus de Quetzaltenango; 2011.

## **BIBLIOGRAFÍA**

Instituto Nacional de estadística e Informática. Encuesta demográfica y de salud Familiar. ENDES Perú 2012.

Instituto Nacional de estadística e Informática. Factores asociados a la desnutrición crónica infantil en el Perú. 1998-2007.

Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutricion crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. 2014

UNICEF. La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011

Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años  
R. M. – nº 990 - 2010/minsa. Lima – Perú 2011

ENFASIS. Alimentación. Junio 2014.

Wilson Daza, Silvana Dadán. Alimentación complementaria en el primer año de vida.

Arlette Beltrán y Janice Seinfeld. Desnutricion crónica Infantil en el Perú: Un problema persistente. 2014

Peter Belohlavek. Conocimiento: la ventaja competitiva. 1º Ed. Blue Eagle Group, 2005.

Black R, Allen L, Bhutta Z, Caulfield L, De Onis M, Ezzati M, Mather C, Rivera J, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: global and

regional exposures and health consequences. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 5-22.

Victoria C, Adair L, Fall C, Hallal P, Martorell R, Ritcher L, Sachdev H, for the Maternal and Child Undernutrition Study Group. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. Lancet, Series Maternal and Child Undernutrition; 2008: 23-40.

Alimentación y Nutrición del niño pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú” Washington; disponible en: [http://www.unicef.org/lac/Reunion\\_Sudamericana\\_de\\_Alimentacion\\_y\\_Nutricion\\_del\\_Nino\\_Pequeno\(2\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Reunion_Sudamericana_de_Alimentacion_y_Nutricion_del_Nino_Pequeno(2).pdf).

Hernández Rodríguez, Alimentación infantil. 3ra ed. Madrid: Díaz de Santos editores; 2001.

# **ANEXOS**

## **ANEXO A**

**U.N.M.S.M.  
Facultad de medicina  
E.A.P. Enfermería**

### **ENTREVISTA-ENCUESTA DIRIGIDA A LA MADRE DEL NIÑO**

#### **I.-Introducción**

Sra. buenos días, soy la señorita Karen Castro Sullca, Interna de enfermería de la U.N.M.S.M. Estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con el área de Enfermería del Programa de CRED del niño sano de este Centro de Salud a fin de obtener información para un estudio acerca del nivel de conocimientos que tienen las madres sobre la alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses, motivo por el cual se solicita su colaboración respondiendo con la mayor sinceridad posible, se trata de una encuesta anónima.

Gracias de antemano por su participación.

#### **II. Datos generales**

##### **a) De la madre:**

1. Edad de la madre:.....
2. Lugar de procedencia: Costa ( ) Sierra ( ) Selva ( )
3. Grado de instrucción: Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )
4. Ocupación: Empleada ( ) Ama de casa ( ) Independiente ( )
5. Estado civil: Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( )

##### **b) Datos relacionados con el niño:**

1. Fecha de nacimiento:.....
2. Sexo: M ( ) F ( )
3. Peso:.....

4. Talla:.....
5. Diagnóstico del estado nutricional  
(carné):.....

### **INSTRUCCIONES:**

A continuación lea cuidadosamente cada pregunta y luego marque con una ASPA (X), la respuesta que usted crea la más adecuada.

### **III. Datos Específicos**

#### **1. ¿Qué es la alimentación complementaria?**

- a) Es darle al niño solamente leche materna.
- b) Es incluir otros alimentos aparte de la leche materna
- c) Es darle solamente alimentos sólidos.
- d) Es darle leche en polvo.
- e) No sabe

#### **2. ¿Qué alimentos se deben dar al niño al inicio de la alimentación complementaria aparte de la leche materna?**

- a) sopas y mates
- b) purés y mazamorras
- c) sopas y jugos
- d) comida de la olla familiar y dulces.
- e) No sabe

#### **3. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 6 meses de edad?**

- a) aplastados
- b) licuados
- c) líquidos
- d) en trozos
- e) No sabe

#### **4. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 6 meses?**

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

**5. ¿Qué cantidad debe comer el niño de 6 meses cada vez que lo alimenta?**

- a) 3 a 4 cucharas
- b) 1 a 2 cucharas
- c) 5 a 8 cucharas
- d) 10 a 12 cucharas
- e) No sabe

**6. ¿Qué consistencia deben tener los alimentos que se le brinda al niño de 1 año de edad?**

- a) aplastados
- b) licuados
- c) líquida
- d) en trozos
- e) No sabe

**7. ¿Cuántas veces al día se debe alimentar al niño de 1 año?**

- a) 2 veces
- b) 3 veces
- c) 4 veces
- d) 5 veces
- e) No sabe

**8. ¿Qué cantidad debe comer el niño de 1 año cada vez que lo alimenta?**

- a) 2 tazas.
- b) 1/2taza
- c) 3/4 de taza
- d) 1 taza
- e) No sabe

**9. ¿Cuál es la mejor combinación de alimentos para el niño de 18 meses?**

- a) Mazamorras, sopas y leche materna
- b) Leche, mazamorras y sopa de res.
- c) Comida de la olla familiar y leche materna



- d) Alimentos aplastados, purés y sopa de pollo.
- e) Otros:.....

**10. ¿Qué combinación es la más adecuada para el almuerzo del niño de 6 meses?**

- a) Puré + hígado + fruta o jugo de fruta
- b) Arroz + hígado + mate de hierba
- c) Puré de papa +sopa+ jugo de fruta
- d) Caldo de hueso de res + arroz +jugo de frutas
- e) Otros:.....

**11. ¿A qué edad se debe empezar la alimentación complementaria en el niño?**

- a) 4 meses
- b) 5 meses
- c) 6 meses
- d) 7 meses
- e) No sabe

**12. ¿A qué edad el niño debe comer todos los alimentos de la olla familiar?**

- a) Menos de seis meses
- b) Seis meses
- c) Al año
- d) 9 meses
- e) A los 2 años

**13. ¿Cuál de los siguientes alimentos no debe comer el niño antes de cumplir el 1er año?**

- |                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| a) carne de pollo  | f) naranjas        |
| b) clara del huevo | g) chocolates      |
| c) dulces          | h) leche evaporada |
| d) arroz           | i) yema de huevo   |
| e) pescado         | j) mandarinas      |

**14. ¿Qué es la sopa?**

- a) Un alimento muy rico en vitaminas.
- b) Muy importante en la alimentación del niño.
- c) Innecesaria, no alimenta y solo llena al niño.
- d) Necesario para que el niño crezca fuerte y sano.

**15. Los alimentos que dan más fuerza y energía al niño son:**

- |             |             |
|-------------|-------------|
| a) Camotes  | f) lechugas |
| b) Pescado  | g) fideos   |
| c) papas    | h) pollo    |
| d) arroz    | i) yucas    |
| e) vainitas | j) tomates  |

**16. Los alimentos que ayudan a crecer más al niño son:**

- |                 |             |
|-----------------|-------------|
| a) Pollo        | f) apio     |
| b) Pescado      | g) lentejas |
| c) Arroz        | h) camotes  |
| d) Carne de res | i) hígado   |
| e) zanahorias   | j) papas    |

**17. ¿Cuál de los siguientes alimentos nutren más al niño?**

- a) Sopa y jugo de frutas
- b) Segundo y leche
- c) Puré y sopa
- d) Sopa y jugo de frutas.
- e) No sabe

**18. Los alimentos ricos en hierro son:**

- |                          |            |
|--------------------------|------------|
| a) Caldo de hueso de res | f) hígado  |
| b) Sangrecita            | g) carnes  |
| c) Lentejas              | h) fideos  |
| d) Beterragas            | i) ollucos |
| e) Frejoles.             | J) arroz   |

**19. ¿Con qué bebida debe acompañar un plato de lentejitas para que el niño de 1 año y medio aproveche al máximo los nutrientes?**

- a) Gaseosas y mates.

- b) Limonada y cítricos (limón y naranja).
- c) Te y café
- d) Café y frugos.
- e) Otros:.....

**20. El inicio de una alimentación complementaria después de los 6 meses puede ocasionar:**

- a) Mayor crecimiento en el niño y desnutrición.
- b) Aumentar el riesgo de desnutrición y deficiencia de hierro.
- c) Problemas en el habla y para caminar.
- d) Solo riesgo de desnutrición.
- e) No sabe

**21. ¿Cómo debe ser la manera en que la madre debe dar de comer al niño?**

- a) Integrándolo a la familia con paciencia y mucha dedicación
- b) Integrándolo a la familia pero gritándole cuando es necesario.
- c) Sin integrarlo a la familia porque aún es muy pequeño.
- d) Con paciencia pero sin integrarlo a la familia.
- e) No sabe

**22. ¿Cuál debe ser el entorno del niño a la hora de comer?**

- a) En la cocina con muchos colores y juguetes,
- b) En la cama con juguetes y televisión prendida.
- c) En el comedor junto con la familia.
- d) En el comedor con los juegos y televisor prendido.
- e) No sabe

**23. ¿Cuáles son las medidas de higiene más importantes que debemos de usar para que el niño no se enferme?**

- a) Higiene de utensilios e higiene del niño.
- b) Higiene de los alimentos y utensilios
- c) Higiene del niño solamente.
- d) Solamente higiene de alimentos.
- e) No sabe

**24. La alimentación complementaria es beneficiosa para el niño porque:**

- a) Favorece el desarrollo físico pero no aporta vitaminas ni minerales.
- b) Solamente lo ayuda a crecer, a ser más sociable y desarrollar físicamente.
- c) Brinda vitaminas y minerales pero no disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- d) Favorece el desarrollo físico, psicológico y disminuye la probabilidad de contraer enfermedades.
- e) No sabe.

**25. Los beneficios de una buena alimentación complementaria del niño menor de 2 años se evidencian por:**

- a) Mayor crecimiento y desarrollo
- b) Solo mayor desarrollo.
- c) Talla baja para la edad.
- d) Solo mayor crecimiento.
- e) No sabe.

Gracias por su gentil colaboración.

## ANEXO B

### OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

#### FORMULACION DEL PROBLEMA:

**¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos de las madres acerca de alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que acuden al programa CRED de un CS en el 2015?**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>VALOR FINAL</b>
Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria	La alimentación complementaria se da en el niño cuando este ha alcanzado un cierto grado de maduración tanto a nivel neurológico como gastrointestinal y cuando la leche materna ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del niño a partir de los 6 meses de edad. Consiste en agregar alimentos semisólidos y nutritivos en la dieta del niño lo que favorecerá su desarrollo y crecimiento adecuado y que a su vez consiste en la base para una nutrición correcta. Este proceso de transición entre la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria propiamente dicha propicia a una gran	Definición conceptual de alimentación complementaria  -Concepto de alimentación complementaria.  Características de la alimentación complementaria  -Consistencia de los alimentos. -Frecuencia de los alimentos. -Cantidad de los alimentos. -Tipos de alimentos. - Combinación de alimentos. -Alimentos no recomendados.  Factores que influyen en la	Alto Medio Bajo

	<p>vulnerabilidad en el lactante, lo cual puede traer como consecuencia desnutrición si la alimentación complementaria no se da de manera adecuada.</p>	<p>alimentación complementaria.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Entorno del niño</li> <li>-Edad de inicio de la alimentación complementaria.</li> </ul> <p>Beneficios de la alimentación complementaria</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Beneficios para el crecimiento del niño.</li> <li>-Beneficios para el desarrollo del niño.</li> </ul> <p>Medidas para una alimentación complementaria adecuada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Medidas de higiene en la preparación de alimentos.</li> <li>-Medidas de higiene en los utensilios a usar.</li> </ul>	
<p>Estado nutricional del niño de 6 a 36 meses.</p>	<p>Es el estado nutricional que presenta el niño desde los 6 meses hasta los 36 meses de vida. Es el estado de salud obtenido de la utilización de nutrientes que va desde la normalidad o desequilibrio por defecto o exceso. Se clasifica en desnutrición crónica,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Peso/edad</li> <li>-Talla/edad</li> <li>-Peso/talla</li> </ul>	<p>Estado nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Normal</li> <li>-Obesidad</li> <li>-Desnutrición</li> </ul>

	aguda o global.		
--	-----------------	--	--

#### DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

❖ **Conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria:**

Es toda la información o idea que refiere la madre acerca de lo que conoce y entiende sobre alimentación complementaria como definición, características, tiempo de inicio y medidas de higiene, dichos conocimientos serán medidos en conocimiento alto, medio y bajo.

❖ **Estado nutricional del niño menor de 2 años.**

Es el resultado que se obtiene de evaluar al niño de 6 a 24 meses haciendo uso de los indicadores antropométricos y es medido en normal, desnutrición y sobrepeso.

## ANEXO C

### MATRIZ DEL INSTRUMENTO

**Variable:** Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria

DIMENSION	INDICADOR	CUESTIONARIO
Definición conceptual de alimentación complementaria.	Concepto de alimentación complementaria.	¿Qué es la alimentación complementaria?
Características de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consistencia de los alimentos.</li> <li>-Frecuencia de los alimentos.</li> <li>-Cantidad de los alimentos.</li> <li>-Tipos de alimentos.</li> <li>- Combinación de alimentos.</li> <li>-Alimentos no recomendados.</li> <li>- Edad de inicio de la alimentación complementaria</li> <li>-Micronutrientes</li> </ul>	<p>¿Cuál es la consistencia de los alimentos que consumirá el niño?</p> <p>¿Cuántas veces al día debe comer el niño de acuerdo a su edad?</p> <p>¿Cuál es la cantidad de alimentos que debe consumir su niño diariamente de acuerdo a edad?</p> <p>¿Qué alimentos debe incluir en la dieta del niño de acuerdo a edad?</p> <p>¿Cuál de los siguientes alimentos no debería darle a su niño antes de cumplir el 1er año de edad?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos ricos en hierro?</p>
Factores que influyen en la alimentación complementaria.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Entorno del niño</li> <li>-Edad de inicio de la alimentación complementaria.</li> </ul>	<p>¿Cómo debe ser el entorno del niño a la hora de comer?</p> <p>¿A qué edad debe recibir alimentos por primera vez su niño?</p> <p>¿Qué sucede si la alimentación complementaria inicia tarde?</p>



Beneficios de la alimentación complementaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Beneficios para el crecimiento del niño.</li> <li>-Beneficios para el desarrollo del niño.</li> </ul>	<p>¿Cuáles son los beneficios de una buena alimentación complementaria?</p> <p>¿Cuáles son los alimentos que harán que su niño crezca fuerte y sano?</p>
Medidas para una alimentación complementaria adecuada.	<p>Medidas de higiene en la preparación de alimentos.</p> <p>Medidas de higiene en los utensilios a usar.</p>	<p>¿Qué debe hacerse antes de preparar los alimentos del niño??</p>

## ANEXO D

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO ..... Identificada con  
DNI.....

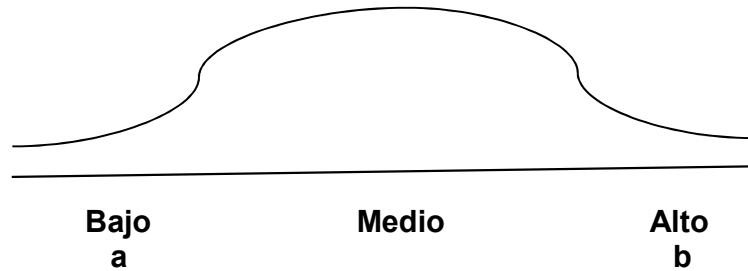
A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación que lleva como título: **CONOCIMIENTOS SOBRE ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y SU RELACION CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO MENOR DE 2 AÑOS. PROGRAMA CRED DE UN C.S SJM 2015.** Asimismo expreso que he sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información vertida en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

-----

**FIRMA**

## ANEXO E

### MEDICIÓN DE LA VARIABLE NIVEL DE CONOCIMIENTO ESCALA DE STANONES



Según la fórmula de Stanones

$$a = X - 0,75 (DS)$$

$$b = X + 0,75 (DS)$$

Desviación Estándar

$$DS = \sqrt{\sum (X - \bar{X})^2 / n}$$

Realizando cálculos:

Desviación Estándar: 8.6

Media: 28

Remplazando:

$$a = 28 - 0,75 (8.6)$$

$$a = 21.55 = 22$$

$$b = 28 + 0,75 (8.6)$$

$$b = 34.45 = 35$$

Dividiendo por categorías tenemos:

- ❖ **Conocimiento alto:** >35 puntos
- ❖ **Conocimiento medio:** 22-35 puntos
- ❖ **Conocimiento bajo:** <22 puntos

## ANEXO F

### TABLA DE CONCORDANCIA

#### PRUEBA BINOMIAL-JUICIO DE EXPERTOS

ITEMS	N° JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	0	1	1	1	0.035
3. La estructura del instrumento es adecuado.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4. Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6. Los ítems son claros y entendibles.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

**Si  $p < 0.05$  la concordancia es significativa.**

FAVORABLE = 1 (SI)

DESFAVORABLE = 2 (NO)

P= es menor a 0.05, por lo tanto es válido.

## ANEXO G

### LIBRO DE CODIGOS

#### 1. Datos Generales:

➤ De la madre

EDAD(1)	LUGAR DE PROCEDENCIA(2)	GRADO DE INSTRUCCIÓN(3)	OCUPACION (4)	ESTADO CIVIL(5)
12-16 (1)	Costa (1)	Primaria (1)	Empleada (1)	Soltera (1)
17-21 (2)	Sierra (2)	Secundaria (2)	Ama de casa (2)	Casada (2)
22-25 (3)	Selva (3)	Superior (3)	Independiente (3)	Viuda (3)
26-30 (4)			Profesional (4)	Conviviente(4)
>30 (5)				

➤ Del niño

EDAD (1)	SEXO (2)	ESTADO NUTRICIONAL (3)
6-11 Meses (1)	Masculino (1)	Normal (1)
12-17 Meses (2)	Femenino (2)	Desnutrición crónica (2)
18-24 Meses (3)		Desnutrición global (3)
		Desnutrición aguda (4)
		Sobrepeso (5)

## 2. Ítems:

Nº ITEM	PUNTUACION
1	B = 3 Puntos
2	B = 2 punto
3	A = 2 punto
4	A = 1 punto
5	A = 1 punto
6	D = 2 punto
7	D = 1 punto
8	D = 1 punto
9	C = 1 punto
10	A = 1 punto
11	C = 3 puntos
12	C = 2 puntos
13	<p>Correctas: C E F G J</p> <p>3-5 = 1 punto &lt;3 = 0 puntos</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
14	D = 2 puntos
15	<p>Correctas: A C D G J</p> <p>4-5 = 2 punto 3 = 1 puntos &lt;3 = 0 puntos</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
	Correctas: A

16	<p>B 4-5 = 2 puntos  D 3 = 1 puntos  G &lt;3 = 0 puntos  I</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima de 1 error.</p>
17	B = 1 punto
18	<p>Correctas: B }  C } 4-5 = 3 puntos  E } 3 = 1 puntos  F } &lt;3 = 0 puntos  G }</p> <p>Siempre que solo marque las respuestas correctas, tolerancia máxima 0 errores.</p>
19	B = 2 puntos
20	B = 1 punto
21	A = 2 puntos
22	C = 2 puntos
23	B = 1 punto
24	D = 2 puntos
25	A = 2 puntos

## ANEXO H

### MATRIZ DE CODIFICACION

ENCUESTAS	DATOS GENERALES								ITEMS																									
	MADRE					NIÑO																												
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
1	4	1	2	2	1	1	2	2	3	2	2	0	1	2	0	0	1	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	2	0	
2	5	2	2	3	4	1	1	1	3	2	2	0	1	2	1	1	1	1	3	2	0	2	2	2	1	3	2	1	0	2	1	2	0	
3	4	2	2	1	1	3	2	1	3	2	2	0	0	2	1	0	1	1	3	2	1	2	1	2	1	3	2	0	2	2	0	2	2	
4	4	1	2	2	4	3	2	1	3	0	2	0	1	2	1	0	0	1	3	0	1	2	0	1	1	2	2	0	2	2	0	2	2	
5	4	1	2	2	2	2	2	1	3	2	2	0	0	2	1	1	1	1	3	0	1	2	0	1	0	2	2	0	2	2	1	0	0	
6	3	2	2	2	4	2	2	3	3	0	2	0	1	2	0	0	1	1	3	2	1	2	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	0	
7	5	1	2	2	4	3	1	1	3	2	2	0	0	2	0	0	1	1	3	2	0	2	0	1	1	3	2	1	2	2	1	0	0	
8	5	2	2	2	4	2	1	1	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	2	0	2	2	2	0	0	2	0	0	2	1	0	0	
9	3	1	2	2	4	2	1	2	3	2	0	0	0	2	1	0	1	1	3	2	0	2	2	2	0	0	2	1	0	0	1	0	0	
10	3	2	3	2	4	1	2	1	3	0	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2
11	4	1	2	2	4	2	2	3	3	0	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	2	2	1	2	0	1	2	0	0	0	2	
12	3	2	2	1	1	1	1	1	3	2	0	1	1	2	1	1	1	1	3	2	0	2	0	2	1	0	2	1	2	2	0	2	2	
13	2	2	2	2	4	2	1	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	1	2	0	0	0	0	
14	4	2	1	2	4	1	2	3	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	2	0	2	2	0	0	0	2	0	0	2	1	0	0	
15	2	1	3	1	4	2	1	5	0	2	0	0	0	2	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	2	0	0	2	
16	4	2	3	2	4	3	2	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	
17	5	3	1	2	1	2	1	3	3	0	0	0	0	2	1	1	1	0	3	0	1	0	0	2	0	0	2	0	2	2	1	0	0	
18	4	1	1	2	1	3	1	3	3	0	2	0	0	2	0	0	0	0	3	0	1	0	2	2	0	0	2	0	2	2	1	0	0	
19	3	2	2	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	0	2	0	2	2	1	0	2	
20	3	1	2	2	4	3	1	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	2	0	0	2	1	0	2	
21	2	1	2	1	1	1	1	1	3	2	2	0	1	2	1	0	1	1	3	2	0	2	2	2	1	0	2	1	2	2	1	0	0	
22	4	2	1	2	2	3	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	0	2	1	2	2	1	0	2	
23	4	1	3	4	4	2	1	1	3	2	2	1	1	2	1	0	1	1	3	2	0	2	2	2	1	3	2	1	0	2	1	2	0	
24	4	2	2	2	4	2	1	1	3	2	2	1	1	2	1	0	1	1	3	2	0	2	2	2	1	3	2	0	2	2	1	0	2	
25	2	1	2	1	1	3	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	0	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	2	0	
26	3	1	2	2	4	1	2	1	3	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	2	0	0	2	1	0	2	
27	1	1	1	2	4	1	1	3	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3	2	0	2	2	2	0	0	2	0	0	2	1	0	0	
28	3	1	3	4	4	3	2	1	3	2	2	0	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	2	1	0	2	1	2	0	
29	2	1	3	3	3	3	2	1	2	0	2	0	1	2	1	0	1	0	3	2	1	0	2	2	1	0	2	0	0	2	1	0	2	
30	2	1	1	2	1	1	1	1	2	0	2	1	1	2	0	1	0	0	3	0	0	2	2	2	0	0	2	1	0	2	1	0	0	
31	3	2	1	2	4	1	2	3	2	0	2	0	1	2	0	1	0	1	3	0	0	2	2	2	0	0	2	1	1	2	1	0	0	
32	2	1	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	0	1	2	2	2	0	3	2	1	0	2	1	0	2	
33	3	1	2	1	1	1	1	1	2	0	2	0	0	2	1	1	1	1	3	0	1	0	2	2	1	0	2	1	0	2	1	0	0	



34	2	1	1	2	3	1	2	1	2	0	2	1	1	2	1	1	1	0	0	2	1	2	2	2	1	3	2	0	0	0	0	0	0
35	1	0	2	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	2	2	2	1	0	2	1	1	2	1	0	2
36	2	1	2	1	1	1	2	1	2	0	2	1	1	2	1	1	1	0	3	2	1	2	0	2	1	3	2	0	1	0	1	2	0
37	4	0	1	1	1	0	2	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	3	0	1	2	2	2	1	0	2	1	1	2	1	0	0
38	2	1	1	1	0	1	1	3	2	2	1	2	0	1	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	0	2
39	3	0	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1	1	1	0	1	1	1	3	0	0	2	2	2	1	3	2	1	1	0	0	0	0
40	3	1	2	1	0	1	1	1	2	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	0	0	1	2	2	1	3	2	1	1	0	0	0	2
41	2	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	3	0	0	2	2	2	1	3	2	1	1	0	0	0	2
42	2	1	2	1	1	0	2	1	2	0	2	1	1	0	1	1	0	1	3	2	1	1	0	2	1	0	2	1	1	2	1	0	0
43	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	0	2	2	2	0	3	2	1	1	2	1	0	0
44	2	1	1	2	3	1	2	1	2	0	2	1	1	2	1	1	1	0	0	2	1	2	2	2	1	3	2	0	0	0	1	0	2
45	1	0	2	1	1	1	2	1	2	0	1	1	1	2	1	1	0	0	0	2	1	2	2	2	1	0	2	1	1	2	1	0	2
46	2	1	2	1	1	1	2	1	2	0	2	1	1	2	1	1	1	0	3	2	1	2	0	2	1	3	0	1	0	2	1	0	2
47	4	2	1	1	1	0	2	1	2	0	1	0	1	1	0	0	1	1	3	0	1	2	2	2	1	0	2	1	1	2	1	0	0
48	3	1	1	1	1	0	2	1	2	0	1	1	2	1	1	0	1	0	3	2	1	2	2	2	1	3	2	1	1	2	1	0	0
49	4	2	1	1	1	1	0	1	2	0	1	0	1	1	0	1	1	1	3	2	1	2	2	2	1	0	2	1	1	2	1	0	2
50	3	2	1	1	0	1	2	1	2	0	1	1	2	1	0	1	1	0	3	1	1	2	0	2	1	0	2	1	1	2	1	0	2

**DESVIACION ESTANDAR: 8.6**

**MEDIA: 28**

## ANEXO I

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD CÁLCULO DEL COEFICIENTE DE CONFIABILIDAD KUDER RICHARSON

Procedimiento:

$$X = \frac{K}{K-1} * \frac{(1 - \sum \% p \times \% q)}{S}$$

$X > 0.5$  para que sea confiable

$K$  = N° de ítem

$S$  = Varianza (Desviación estándar al cuadrado)

$\% p$  = Número de personas que responden correctamente a un ítem

$\% q$  = Número de personas que responden incorrectamente a un ítem

$\sum \% p \times \% q$  = Es la sumatoria del producto del  $p\%$  por el  $q\%$

Dónde:

$K = 25$

$S = 18$

$\sum \% p \times \% q = 2.26$

Reemplazando:

$$X = \frac{25}{24} * \frac{1 - 2.26}{18} = 0.93$$

$X$  = Instrumento Confiable

## ANEXO J

### PRUEBA DE SIGNIFICANCIA ESTADISTICA: CHI CUADRADO

Usando el software SPSS versión 17 haremos la Prueba de hipótesis para ver si hay dependencia entre las variables estado nutricional y nivel de conocimiento

- ❖ Hipótesis nula:  $H_0$ : las variables son independientes.
- ❖ Hipótesis alternante:  $H_1$ : las variables no son independientes (son dependientes).

$\alpha = 0.05$  es el nivel de significación, un error de 5% al hacer la prueba de hipótesis

		Nivel de conocimientos			
Estado nutricional		Alto	Medio	Bajo	Total
Normal	Observado	12	4	1	17
	Esperado	6.8	6.8	5.4	
Desnutrición	Observado	1	9	13	23
	Esperado	2.5	2.5	2.0	
Sobrepeso	Observado	1	3	6	10
	Esperado	0.7	0.7	0.6	
Total		14	16	20	50

Usando la tabla de contingencia de arriba calculamos la estadística Chi cuadrado donde:

$$X^2 = \sum (O-E)^2 / E$$

O: Representa las frecuencias observadas

E: Representa las frecuencias esperadas

$X = 17.9$  que tiene distribución Chi cuadrado con 4 grados de libertad.

Obteniéndose un SIG = valor  $p = 0.001 < \alpha$  con lo cual se rechaza la hipótesis nula  $H_0$  osea que, las variables son dependientes.

Por tanto se puede afirmar a un nivel de significancia de 0.05 que:

Existe relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años.

**ANEXO K**  
**TABLAS Y/O GRAFICOS**

**Tabla N°1**

**Estado nutricional del niño menor de 2 años de  
Edad que acuden al programa  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>ESTADO NUTRICIONAL</b>	<b>NIÑOS DE 6 A 24 MESES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
NORMAL	17	34
DESNUTRICION	23	46
OBESIDAD	10	20
TOTAL	28	100

**Tabla N° 2**

**Nivel de conocimientos de las madres de niños de 6 a 24  
meses de edad que acuden al Programa  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
ALTO	14	28
MEDIO	16	32
BAJO	20	40
TOTAL	50	100

**Tabla N° 3**  
**Relación entre el nivel de conocimientos de las madres sobre AC y**  
**el estado nutricional del niño menor de 2 años**  
**Del programa CRED de un C.S en SJM**  
**Lima-2015**

NIVEL DE CONOCIMIENTO	ESTADO NUTRICIONAL DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES						Total	
	Normal		Desnutrición		Sobrepeso			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alto	12	24	1	2	1	2	14	28
Medio	4	8	9	18	3	6	16	32
Bajo	1	2	13	26	6	12	20	40
Total	17	34	23	46	10	20	50	100

**Tabla N° 4**  
**Rango de edad en que se encuentran las madres**  
**Del niño menor de 2 años del complemento**  
**CRED de un C.S en SJM**  
**Lima-2015**

<b>RANGO DE EDAD</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
17-21	27	54
22-25	13	26
26-30	10	20
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>100</b>

**Tabla N° 5**

**Lugar de procedencia de las madres del niño  
menor de 2 años del complemento  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>LUGAR DE PROCEDENCIA</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
COSTA	32	64
SIERRA	15	30
SELVA	3	6
TOTAL	50	100

**Tabla N° 6**

**Grado de instrucción de las madres del niño  
menor de 2 años del complemento  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>GRADO DE INSTRUCCION</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
PRIMARIA	29	58
SECUNDARIA	10	20
SUPERIOR	11	22
TOTAL	50	100

**Tabla N° 7**

**Ocupación de las madres del niño menor  
de 2 años del complemento  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>OCUPACION</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
EMPLEADA	33	66
AMA DE CASA	12	24
INDEPENDIENTE	3	6
PROFESIONAL	2	4
TOTAL	50	100

**Tabla N° 8**

**Estado civil de las madres del niño menor  
de 2 años del complemento  
CRED de un C.S en SJM  
Lima-2015**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>MADRES</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
SOLTERA	7	14
CASADA	6	12
CONVIVIENTE	37	74
TOTAL	50	100